



CÂMARA DOS DEPUTADOS Comissão de Saúde

**Subcomissão Especial para discutir e propor medidas
destinadas a Políticas Públicas de Inclusão de Pessoas
com Espectro Autista - SUBTEA**

**Contribuições dos Encontros Regionais realizados
no Estado do Paraná por ocasião do REQ 218/2023**

Sumário

Introdução.....	3
Encontro Regional Cascavel: (14/09/2023).....	4
Encontro Regional Curitiba: (21/09/2023).....	16
Encontro Regional Londrina: (28/09/2023)	25
Resumo das Principais contribuições.....	36
Conclusão	39
Anexos.....	40

INTRODUÇÃO

Foi aprovado, em 30 de agosto de 2023, o requerimento nº 218/2023 da Subcomissão Especial Para Discutir e Propor Medidas Destinadas as “Políticas Públicas De Inclusão De Pessoas Com Espectro Autista”, da Comissão da Saúde, para realização de três encontros regionais para debater temas de importância à pessoa com Transtorno do Espectro Autista, no Estado do Paraná, cujo título sugerido foi: **“Novas Políticas Públicas para as Pessoas com Transtorno do Espectro Autista”**.

Eu, como integrante desta douta Subcomissão Especial, pude sugerir a realização destes encontros tão importantes e em seguida pude organizar os referidos *“Encontros Regionais: Novas Políticas Públicas para as Pessoas com Transtorno do Espectro Autista”*.

Os eventos aconteceram em Cascavel, no dia 14 de setembro, na Câmara de Vereadores, em Curitiba, no dia 21 de setembro, na Assembleia Legislativa do Paraná, e em Londrina, no dia 28 de setembro, no Auditório Alcides Bueno, da Unopar Piza, em parceria com a Câmara de Vereadores de Londrina.

O objetivo dos eventos foi contribuir com os trabalhos da Deputada relatora Iza Arruda, bem como à presidente da Subcomissão Deputada Dra. Alessandra Haber.

A seguir, apresento uma pequena síntese do que foi discutido nos eventos e as muitas contribuições apresentadas.

ENCONTRO REGIONAL CASCAVEL: (14/09/2023)

Realizado no dia 14 de setembro de 2023, na Câmara de Vereadores, em Cascavel, o Encontro Regional: “Novas Políticas Públicas para as Pessoas com Transtorno do Espectro Autista” começou às 19h horas e terminou às 22h30, com mais de 3 horas de duração. Todo o evento foi transmitido pelos meios oficiais da Câmara de Vereadores de Cascavel (www.youtube.com/watch?v=x1_zY1saAPo) e pela Câmara dos Deputados (<https://www.youtube.com/watch?v=tzJiYqHzMhs>).

Os principais temas discutidos foram: direitos das pessoas com autismo, inclusão na rede de ensino, medicamentos disponibilizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e consultas e diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista. Charles Lustosa, representante da OAB Subseção Cascavel, afirma que foi um debate bastante amplo. “A Subseção da OAB de Cascavel estava presente na questão dos direitos da pessoa com autismo e também da inserção da OAB na comunidade como um todo e a disponibilização da entidade para eventual treinamento ou algo nesse sentido aos professores”.

A Audiência Pública realizada em Cascavel, contou com a participação do deputado federal, Diego Garcia, do Presidente da Câmara de Vereadores, Alécio Espínola, que foi o grande apoiador do evento, tendo aprovado requerimento para a realização do mesmo na Câmara de Vereadores, e de grande parte dos vereadores de Cascavel: os senhores Sr. Mazutti primeiro secretário, Sra. Beth Leal Professora, Sr. Dr Lauri, Sr. Madril Policial, Sr. Serginho Ribeiro, Sr. Xavier, Sr. Josias de Souza, Sr. Jefferson Soldado, do prefeito, Leonaldo Paranhos, do vice-prefeito, Renato Silva, do secretário de saúde, Dr. Miroslau Bailak, da Sra. Rosane Aparecida Brandalise Correia, Diretora do departamento pedagógico da Secretaria de Educação representando a Secretaria de Educação, Dra. Júlia Farage Saito, médica psiquiatra, Dr. Ícaro Bertini, Neurologista da Clínica Escola do Transtorno do Espectro Autista, Sr. Marcos Roberto Diel, Clínico Comportamental, Dr. Talvane Donizete de Oliveira, neuropediatra, e o Major Murilo Cinque de Paula

representando o terceiro comando regional do corpo de bombeiros. Todos fizeram contribuições técnicas, além de mães, pais, e pessoas envolvidas com a comunidade autista em geral.

Após a apresentação dos palestrantes, que expuseram individualmente as suas contribuições, tivemos os seguintes encaminhamentos:

Primeiro encaminhamento: Encaminhamento ao Ministério da Saúde para transformar o transtorno do espectro autista em doença de notificação compulsória, para que sejam coletados os dados estatísticos. Esse tema já se encontra contemplado no substitutivo ao Projeto de Lei nº 4.691, de 2019, de relatoria do Deputado Diego Garcia.

Segundo encaminhamento: Encaminhamento para que os profissionais de educação e de saúde recebam formação, treinamento, capacitação em metodologia baseada em evidência, além de valorização remuneratória adequados, com criação de Plano de Carreiras e contratação dos profissionais sejam feitas na modalidade Concurso Público.

Terceiro Encaminhamento: Encaminhamento para que haja facilitação de acesso a medicamentos e exames para quem possua o Transtorno do Espectro Autista – TEA.

Quarto Encaminhamento: Encaminhamento para que haja custeio maior por parte do Ministério de Saúde à Secretaria Municipal de Saúde, em relação a atendimentos profissionais, medicamentos e exames para autistas, também que seja criada uma sala sensorial no aeroporto regional de Cascavel para atendimento de autistas enquanto aguardam vôos.

Quinto Encaminhamento: Encaminhamento para que os profissionais do Município de Cascavel, tanto no âmbito privado quanto público estejam preparados para a realização de diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista, logo nas primeiras consultas da criança.

Sexto encaminhamento: Encaminhamento para criação de sala sensorial na Clínica Escola do Transtorno do Espectro Autista – CETEA, e a criação de um Centro de Atendimento para Autistas, com a presença de uma cozinha terapia e um espaço de acolhimento para as famílias dos autistas.

Sétimo encaminhamento: Encaminhamento para que a terapia ABA “Análise de comportamento aplicado”, seja oferecida pelo professor auxiliar, ou acompanhante terapêutico durante as aulas normais, totalizando vinte horas (20) por semana.

Oitavo encaminhamento: Encaminhamento para que o profissional fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional sejam incorporados nas equipes de saúde da família, e possam, por meio do Programa Saúde na Escola, levar as terapias para as crianças com autismo para dentro nas escolas.

Nono Encaminhamento: Encaminhamento de recursos para que se aumentem as equipes de profissionais médicos e de saúde na Clínica Escola do Transtorno do Espectro Autista – CETEA (Ofício SESAU Cetea nº1119/2023).

Décimo Encaminhamento: Encaminhamento para que sejam fornecidos recursos ao corpo de bombeiros, para a criação de um curso de ensino a distância de atendimento humanizado.

Décimo Primeiro Encaminhamento: Encaminhamento para que sejam disponibilizadas mais terapias, com maior frequência destas para atendimento dos autistas.

Décimo Segundo Encaminhamento: Encaminhamento para que sejam criadas residências assistidas para autistas para que não possuem amparo familiar.

Décimo Terceiro Encaminhamento: Encaminhamento para que sejam criadas medidas de adaptação de setores relacionados ao lazer, para que autistas possam desfrutar de locais como cinema.

Décimo Quarto Encaminhamento: Encaminhamento para que sejam inseridas identificação do símbolo do autismo nas placas de identificação de vagas reservadas para pessoas com deficiência.

Contribuição da Câmara Municipal de Cascavel: Foi aprovado por aquela casa o Projeto de Lei 82/2023, que institui o uso do cordão de girassol como instrumento auxiliar de orientação para identificação de pessoas com deficiências ocultas, dentre elas, o autismo.

Contribuição da Associação de Mães de Autistas de Cascavel, através da Presidente Ester Sitnik (Ofício 10/2023): As seguintes demandas e propostas: **1. Educação:** Propomos a implementação de formação contínua específica sobre o transtorno do espectro autista para todos os profissionais da educação. **2. Saúde:** Ampliação do acesso a neuropediatras, neurologistas e psiquiatras / Implementação de protocolos específicos para atender autistas com seletividade alimentar, tanto em instituições de ensino quanto em unidades hospitalares. **3. Mobilidade Urbana:** Encaminhamento para que sejam inseridas identificação do símbolo do autismo nas placas de identificação de vagas reservadas para pessoas com deficiência, incluindo autistas. **4. Conscientização:** Distribuição de cordões de girassol ou quebra-cabeças, garantindo o acesso a esses símbolos de identificação. **5. Protocolo Universal Brasileiro:** Expresso nosso apoio à implementação deste protocolo, que visa unificar os esforços das áreas de Saúde e Assistência Social, garantindo um apoio mais eficiente e abrangente. **6. Apoio às Mães/Cuidadoras de Autistas:** Buscar a criação de programas que ofereçam atendimento psicológico e médico global para as mães/cuidadoras, reconhecendo o papel fundamental no cuidado de seus filhos e a sobrecarga que enfrentam. **7. Ambientes inclusivos:** Implementação de uma lei que exija que na presença de uma pessoa autista, os estabelecimentos comerciais sejam “obrigados” a baixar o volume do som, contribuindo para a inclusão e o bem-estar dos autistas em nossa sociedade. (Anexo I)

Contribuição da União de Famílias de Matinhos pelo Autismo: Proposição de um projeto chamado "Matinhos + Azul: Um Mar de

Inclusão para Todos". Este projeto visa não apenas reduzir os desafios enfrentados pelas crianças autistas, mas também promover a inclusão e conscientização em nossa comunidade. Uma das iniciativas essenciais deste projeto é a criação de uma "Praça Sensorial". Esta praça proporcionaria um ambiente acolhedor e terapêutico onde as crianças autistas podem se sentir confortável, estimulando seus sentidos e promovendo a interação social. Embora não possamos substituir o tratamento médico necessário, essa praça sensorial pode desempenhar um papel importante no auxílio à regulação emocional das crianças, enquanto elas aguardam atendimento médico. Além disso, estão dispostos a colaborar com profissionais de saúde e educadores locais para oferecer palestras e treinamentos que capacitem esses profissionais a entenderem melhor as necessidades das crianças autistas. Também buscamos parcerias com estabelecimentos comerciais para promover a inclusão e tornar Matinhos uma cidade mais acolhedora para todos. (Anexo II).

Contribuição das mães atípicas de Umuarama: Oferecer de forma gratuita e sistemática a população brasileira o acesso à saúde e atendimento, práticas de lazer, contribuindo para o desenvolvimento psicomotor e a efetivação dos direitos e construção da cidadania de crianças e adolescentes com TEA, através de políticas públicas de atendimento com capacitação de professores da educação com aperfeiçoamento de técnicas e práticas pedagógicas. (Anexo III).

Contribuição da Dra. Júlia F. Farage Saito Neurologista: **1.** Proposta de políticas públicas para o transtorno do espectro autista / conceito / aumento da prevalência: - Transformar o Transtorno do espectro autista em doença de notificação compulsória, com o objetivo de obter dados de prevalência para planejamento de política pública de saúde e assistência social. Esse tema já se encontra contemplado no substitutivo ao Projeto de Lei nº 4.691, de 2019, de relatoria do Deputado Diego Garcia. **2.** Conceito de janela de intervenção - PROBLEMA: diagnóstico precoce: O Estado Brasileiro

alcança a criança por dois grandes braços: o da Saúde e o da Educação. Na saúde, existe a programa da Puericultura, política executada pelas equipes de saúde da família e pelas Unidades Básicas de Saúde, em que crianças são medidas e pesada mês a mês no primeiro ano de vida e seguem sendo acompanhada nos anos seguintes. Na educação, as crianças pequenas são vistas e cuidadas pelas creches e escolas municipais. PROPOSTA: - Aprimorar a atenção básica e a puericultura, adequando a quantidade de equipes de saúde da família (e de seus profissionais) à necessidade do território coberto para conseguir oferecer o acompanhamento de puericultura para todas as crianças. Ou seja, avaliar, com frequência e por profissional qualificado, todas as crianças nos primeiros anos de vida. Oferecer incentivo financeiro ou premiação para municípios que atingirem determinada cobertura (alta) da atenção básica. Matriciar e capacitar os profissionais das equipes de saúde da família para que eles possam reconhecer e fazer diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista. Como? Por meio do programa eMulti, que veio trazer especialistas para apoiar a atenção básica, em substituição ao programa anterior, NASF (Núcleo de atenção à saúde da família). Capacitar os profissionais da educação que trabalham diretamente com crianças pequenas (creches e educação infantil) para que eles possam identificar crianças com sinais e sintomas de TEA. Dar estabilidade ao vínculo de trabalho dos professores de creches e escolas municipais (contratando via concurso público) para permitir o investimento neles, com as capacitações. Usar as universidades públicas e o programa saúde na escola para oferecer as capacitações. **3.** Criança com suspeita de TEA é identificada precocemente pela puericultura ou pelas creches e escolas municipais. Qual o encaminhamento? Criança seria encaminhada da atenção básica para especialista (neuropediatra ou psiquiatra) ou para especialista da própria atenção básica, se houver (programa emulti). Podem ser ou não medicados e são encaminhados para terapias. PROBLEMA: Médicos trazem queixa quanto à falta de medicações para o tratamento dos sintomas-alvo no autismo (agressividade, agitação, insônia e etc) e de comorbidades. Estão disponíveis apenas medicações que provocam intenso ganho de peso, predisposição à

diabetes e dislipidemia. PROPOSTA: Inclusão dos medicamentos Aripiprazol 10 mg e do Canabidiol dentre as disponíveis pelo SUS para tratamento dos sintomas-alvo para crianças e pessoas com transtorno do espectro autista.

Apenas um parêntese nas contribuições apresentadas é que esse tema de incorporação e dispensação de medicamentos devem ser sempre visto como um caminho junto aos órgãos responsáveis, como a Anvisa e Conitec. Nossa sugestão é a apresentação de indicação ao executivo para incorporar e dispensar acesso a medicamentos e exames e facilitar o acesso para quem possua o Transtorno do Espectro Autista – TEA. Continuando:

PROBLEMA: Falta de acesso a serviço de audiometria, de tomografia e ressonância magnética de crânio com ou sem sedação, exames que eventualmente são necessários no contexto do diagnóstico / tratamento do autismo. SOLUÇÃO: NA ESCOLA: Crianças autistas tem direito a professor de apoio. Problemas apresentados atualmente no município de Cascavel são: 1. Vínculo de trabalho é instável e quando criança vincula com profissional, ele é trocado, o que é extremamente problemático para crianças com autismo. 2. A lei garante profissional de apoio especializado e os professores de apoio oferecidos pelo município não são necessariamente especializados. PROPOSTAS: Garantir que os professores de apoio sejam capacitados em técnica com eficácia cientificamente comprovada para autismo (Análise do comportamento). Não exigir que o candidato à vaga de professor de apoio seja capacitado/especializado (não há esse número de profissionais no mercado), mas oferecer a capacitação em análise do comportamento após contratação. Utilizar a universidade pública ou outros convênios, incluindo possíveis parcerias público/privadas para realizar essa capacitação. Garantir estabilidade de vínculo de trabalho para os professores de apoio (contratação via concurso público), tendo em vista 1. O investimento realizado no profissional. 2. A dificuldade de vinculação afetiva que a pessoa com autismo apresenta, tornando muito difícil a troca de profissionais de apoio. Dessa maneira, é possível oferecer 20 horas de terapia de análise do comportamento por semana para a criança com autismo, por meio do professor de apoio

capacitado, nas creches e escolas municipais. Consegue-se, com essas medidas, intervenção precoce e inclusão na escola. Importante ressaltar que esses professores já são pagos, mas em sua maioria não conseguem trazer os melhores resultados nem para a escola nem para a criança por não serem qualificados e por terem contratos temporários.

TERAPIA COM FONOAUDIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL E NUTRICIONISTA: Na maioria dos casos, as crianças com autismo necessitam de terapia com fonoaudiólogo e com terapeuta ocupacional. Também necessitam de nutricionista. É muito comum que a criança com autismo apresente seletividade alimentar e esse é um problema especialmente grave nas escolas em que as crianças podem passar todo um dia sem se alimentar. **PROPOSTA:** Incentivar que os Municípios tenham em sua rede de atenção básica, por meio do eMulti, profissional da fonoaudiologia, nutrição e da terapia ocupacional em quantidade suficiente para atender a demanda. Fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, por meio do programa Saúde na Família, fariam a terapia das crianças com autismo uma vez na semana nas suas próprias escolas, nos contra turnos. Nutricionistas iriam avaliar a criança e orientar dieta específica para ela na escola. Uma vantagem dessa proposta é reduzir o estresse do deslocamento para a criança e para a sua família, que se consome nos trajetos das terapias.

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: Fomentar a criação de centro odontológico especializado para casos complexos, com possibilidade de realizar sedação. Sugestão: parceria com universidades públicas e faculdades privadas. **PROBLEMA:** É um desafio profissional trabalhar com crianças com autismo. É importante valorizar esse profissional com bons salários, plano de carreira, gratificação por curso realizado e etc. **PROPOSTA:** É imprescindível a **ATUALIZAÇÃO DA TABELA SUS.** Os municípios não terão neurologistas e psiquiatras pagando 10 reais à consulta.

“Fazendo mais um parêntese, sugiro encaminhamento de indicação ao executivo para que haja maior repasse de recursos para custeio do Ministério de Saúde às Secretarias Municipais e estaduais de Saúde, em

relação a atendimentos profissionais, medicamentos e exames para autistas. Continuando”.

“PARA DISCUSSÃO: possibilidade de ensino domiciliar para pacientes com autismo muito grave, que não toleram ficar em sala de aula, nem na educação especial, nem em CETEA”.

“A regulamentação do homeschooling, que atualmente está no Senado é matéria importante e respeita as necessidades da família e do estudante. Não só para casos específicos de TEA, mas outras condições, doenças raras e graves, sempre respeitando o melhor interesse da criança e respeitando a vontade da família, a educação domiciliar pode ajudar e muito”.

“Para finalizar, o autismo é tratado por pessoas. Pessoas que devem estar devidamente treinadas em técnicas adequadas. Isso exige investimento desse profissional. Para melhorar o atendimento do autismo é preciso que as pessoas que trabalham no serviço público sejam valorizadas, contratadas por concurso público, tenham salários decentes. Espero que eu tenha mostrado com o texto que a estrutura do SUS já comporta o devido tratamento das crianças do autismo. É preciso investir nessa estrutura, que é maravilhosa. Ampliar a cobertura dos territórios. Reajustar tabela SUS. Contratar profissionais”.

Algumas fotos do evento estão registradas nesse documento. Estas e outras podem ser encontradas também no site: www.facebook.com/media/set/?set=a.862988761863381&type=3







ENCONTRO REGIONAL CURITIBA: (21/09/2023)

Realizado no dia 21 de setembro de 2023, na **Assembleia Legislativa do Paraná, em Curitiba** o Encontro Regional: “Novas Políticas Públicas para as Pessoas com Transtorno do Espectro Autista” começou às 19h horas e terminou às 22h30, com mais de 3 horas de duração. Todo o evento foi transmitido ao vivo pelas redes sociais do Deputado Diego Garcia e gravada para posterior distribuição pelo youtube da Câmara dos Deputados (www.youtube.com/watch?v=LfgsZ9sblO8).

Em Curitiba, a Audiência Pública foi proposta pelo Deputado Estadual Alexandre Amaro, e aconteceu no Plenarinho da Assembleia Legislativa, com o objetivo de debater as perspectivas e desafios e ouvir especialistas e a população que vivencia o Transtorno do Espectro Autista (TEA) com foco em políticas públicas.

O deputado Amaro falou que “é um tema sensível que a gente precisa abordar e fazer mais aqui na Casa”. “Estamos com uma frente muito grande trabalhando em cima disso, inclusive condensando toda legislação referente para ajudar as pessoas, porque ainda há muito preconceito e muita reclamação. As pessoas esperam mais do poder público no atendimento ao transtorno do espectro autista. E agora, com a participação do deputado federal Diego Garcia (...), estamos todos unidos, executivo federal e estadual, todos os 54 deputados estaduais focados para melhorar as políticas públicas que atendam àquelas pessoas que sofrem com isso”.

O presidente da Câmara de Cascavel, Alécio Espínola, que foi o nosso anfitrião no 1º Encontro que aconteceu no Legislativo Cascavelense no dia 14 de setembro, também participou do 2º Encontro Regional sobre Autismo que aconteceu em Curitiba.

A integrante do Bloco Parlamentar Temático da Neurodiversidade, e participante do grupo de trabalho para elaboração do Código Estadual do Transtorno do Espectro Autista, deputada Flávia

Francischini, participou da audiência pública, relatando da seguinte forma: “A gente fica muito feliz como parlamentar e principalmente como mãe, em ver mais uma força política a falar a respeito do autismo, como o nosso deputado federal Diego Garcia que está à frente deste tema em Brasília. Nós precisamos de representantes na câmara Federal para falar sobre o autismo, para defender o autista e a família do autista, para que possamos pedir por tratamento, pedir por leis, por apoio aos familiares, porque toda família precisa estar equilibrada para passar esta paz, para passar harmonia para o autista. Então ter um deputado federal que está imbuído em levar as demandas sobre o autismo do nosso estado para a capital federal é excelente”.

Estiveram presentes no encontro na capital também a família cascavelense que obteve autorização especial para que a menina Aymée Sophie Soares de Almeida, de 12 anos, diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA), juntamente com o seu animal de suporte emocional o galo “Paçoca”, que acompanha desde 2021.

A procuradora da Mulher da Assembleia Legislativa, deputada Cloara Pinheiro, contou que a Procuradoria da Mulher recebeu a solicitação para auxiliar na autorização da menina Aymée Sophie Soares de Almeida, de 12 anos, diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA), conseguisse ficar com o galo dela, chamado Paçoca, em um hospital de Curitiba, onde a mãe da garota faria uma cirurgia. “Entraram em contato conosco lá na Procuradoria da Mulher e a nossa coordenadora Alessandra, organizou junto à Defensoria Pública este atendimento.

Foi feito um esforço conjunto para que pudéssemos dar um pouco de conforto para esta família que teve seus direitos garantidos. Hoje todas estão aqui, a Janete, a Aymée e o galo Paçoca”, concluiu a deputada Cloara.

A senhora Janete Soares de Almeida, mãe de Aymée, declarou que “é extremamente importante toda fala que envolve o autismo, porque a sociedade não está pronta, e audiências públicas como esta colaboram na

desmistificação do espectro autista a partir do Poder Legislativo irradiando para toda sociedade. Principalmente em situações como a que minha filha e eu vivemos, onde tivemos que lutar para garantir os nossos direitos já constituídos, foi possível ver o quanto precisamos ainda falar mais de autismo, das suas características e o quanto ainda precisamos ir à rua para que a sociedade compreenda e conheça o autismo. A Procuradoria da Mulher primeiramente foi um amparo psicológico porque eu me encontrava em crise de pânico em saber que teria que fazer a cirurgia e não havia como deixar minha filha sem atenção. Sei que a partir daí foi montada uma força tarefa da procuradoria da Mulher com a Defensoria Pública para que a cirurgia se realizasse e minha filha com o seu galo de estimação pudesse me acompanhar em tudo”.

Representantes do poder público, e 16 instituições representativas da sociedade civil organizada que atendem as pessoas com transtorno do espectro autista (TEA), participaram da audiência pública oferecendo depoimentos, compartilhando experiências para aprimorar políticas públicas já existentes sobre o tema e também participaram com sugestões para criação de novas políticas públicas.

Contribuição da Sra. Sandra Prado presidente da AKA-ASSOCIAÇÃO KASA do Autista: Projeto de Lei que Dispõe sobre a criação da política de atenção ao autismo na saúde e educação no Estado do Paraná. Da finalidade e competência dessa política: I - Definir as prioridades da política estadual dos direitos da pessoa no TEA, visando sempre a promoção e desenvolvimento do indivíduo no espectro; II- Criar o Plano de Ensino Da Educação Especial Estadual, com base nas melhores práticas com evidência da sua eficácia para o TEA; III - Estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos, Estadual e Municipal dos Direitos das Pessoas no espectro; IV- Criar a disciplina TEA na grade curricular dos cursos de graduação e estabelecer diretrizes para a criação de convênios entre os estabelecimentos de ensino superior na rede pública e privada de educação, para atendimento de alunos com TEA; V - Atuar na formulação de estratégias e

controle da execução das políticas Estadual e Municipal dos Direitos da Pessoa no espectro; VI - Exercer o poder normativo em relação às pessoas no espectro no âmbito da Administração Pública Estadual e Municipal, observada a legislação vigente; VII - Exercer o poder fiscalizatório das atividades nas áreas voltadas às pessoas no espectro no Estado do Paraná financiada tanto com recursos públicos quanto com recursos do Fundo Municipal da no TEA, inclusive à utilização por particulares de recursos repassados a título de transferência voluntária para execução de projetos e programas na área voltada às pessoas no espectro. (Anexo IV)

SUGESTÕES PARA PL TEA: Criar um PL proibindo que a verba pública seja destinada ao que não tem comprovação científica da sua eficácia, tanto na saúde como na educação, isso proteja o brasileiro de ser explorado por charlatões, picaretas que se aproveitam da vulnerabilidade das famílias para vender tratamentos e terapias que não tem eficácia alguma. A ciência faz os experimentos necessários, nós não precisamos submeter à população a isso. Hoje temos disponibilizado pelo SUS práticas integrativas, mesmo sendo destinada só para experimentos, elas estão no rol da ANS, não pode, é um risco, um exemplo foi a constelação familiar que mês passado foi condenada pela ONU. **CRIAR UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO INCLUSIVO:** DICAS: Podemos criar nosso “SISTEMA INCLUSIVO” para todas as Pessoas? Sim, não precisamos esperar uma lei específica pra fazer o que é necessário e está ao nosso alcance, as que temos já são suficientes. Os municípios tem autonomia pra criar suas normativas e regras na educação; Existem modelos que estão mudando a realidade da educação no Brasil, ex: Estado do Pará, a universidade tem um modelo de PEI baseado nas melhores práticas com evidência, em Santa Catarina tem um CMEI baseado em ABA, fundamentado pela LBI 13.146/15, em seus artigos 27 ao 30 e BNCC, com adaptações de currículo; -Eca, assegura as adaptações para os alunos com dificuldade de aprendizagem; - Lei 12.764/12- todos os direitos dos autistas. (Anexo V)

Contribuição de Exposição: “Arte da Escrita e da Fotografia Inclusiva na Diversidade do Autismo”, que conta a história de Elizia Fênix, mãe de dois filhos adultos que vivem dentro do espectro do (TEA) Transtorno do Espectro Autista. Uma trajetória que começa em 2020 junto com a pandemia que determinou o isolamento social por tempo indeterminado da família. Um dos seus filhos, o mais novo fazia o curso de teatro, no início da pandemia entrou em crise e precisou de atendimento de emergência na clínica psiquiátrica, foi diagnosticado que tem (Asperger), hoje termo em desuso. Nesse período o filho mais novo com TEA, fez consultas online com o médico psiquiatra e com o saudoso médico neuropediatra, doutor em ciências médicas Clay Brites, que passa a treinar a mãe e o filho recém diagnosticado através do programa TEApoio, treinamento para pais de filhos autistas, que conscientizava a mãe e o filho adulto do que é autismo e ensinava a mãe a lidar com o luto ao descobrir que tinha mais um filho autista. Diante da impossibilidade dos dois filhos autistas de Curitiba saírem de casa, a mãe teve a ideia de atravessar o seu deserto, lendo livros sobre o que é autismo e seus prejuízos na vida do indivíduo. Diante das inúmeras descobertas que ela e seu filho fizeram resolveram escrever livros sobre o assunto unindo textos com fotografias da família, amigos, natureza e das campanhas de conscientização do que é autismo. (Anexo VI).

Algumas fotos do evento estão registradas nesse documento. Estas e outras podem ser encontradas também no site: www.facebook.com/media/set/?set=a.865830388245885&type=3









ENCONTRO REGIONAL LONDRINA: (28/09/2023)

Aconteceu no dia 28 de setembro de 2023, às 17h, com mais de 3 horas de duração, terminando às 20h40, o 3º Encontro Regional Novas Políticas Públicas para as Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. O evento foi promovido pela Subcomissão Especial para Discutir Políticas de Inclusão de Pessoas com Autismo, da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em parceria com a Câmara Municipal de Londrina, por meio de solicitação do deputado federal Diego Garcia. O encontro foi realizado no Auditório Alcides Bueno, da Unopar Piza.

Estiveram presentes no encontro especialistas das áreas de saúde e educação, secretários municipais, vereadores e outras autoridades. A íntegra do Encontro em Londrina está disponível no endereço (fb.watch/nMYIN5N9bP).

Participaram da mesa como expositores a Associação dos Amigos do Autistas Belavistenses, Associação Partiu Futuro de Arapongas e **da Associação dos Autistas de Cambé, Sra. Carla Brandão de Oliveira, Diretora do Departamento Municipal de Saúde do Município de Bela Vista de Paraíso**, das Mães de TEA Sra. Adriana Maria, Sra. Francielle e das Professoras Fernanda e Sílvia do Atendimento Educacional Especializado da Sala de Recursos Multifuncional de Londrina, puderam falar todos os presentes, mesmo que por um tempo reduzido.

Contribuição Associação Partiu Futuro de Arapongas, através da Presidente Simone de Almeida (Ofício 04/2023): 1. Implantação de cursos de capacitação aos profissionais da área médica/educação, ou contratação de profissionais qualificados e médico neuropediatra; 2. Alteração da Política Pública no orçamento Municipal para contratação de professores de APOIO de acordo com a quantidade de crianças Autistas matriculadas, no ensino regular. 3. Implantação de Centro de Atendimento Educacional Especializado (Transtorno Global do desenvolvimento), com esse ensino

estruturado direcionado aos Autistas muitos que estão hoje em ensino regular “tentando” uma “inclusão deficiente” certamente iriam para o Centro. **4.** Centro de tratamento para equipe multidisciplinar, onde já existe garantia, porém não existe os profissionais para atendimento; **5.** Efetividade das leis já existentes, pois a falta do tratamento enquanto crianças podem gerar um adulto com comorbidades ainda maiores. (Anexo VII).

Segunda Contribuição Associação Partiu Futuro de Arapongas (Projetos Desenvolvidos), através da Presidente Simone de Almeida (Ofício 05/2023):

1. PARTIU FUTURO FUTEBOL, Projeto dos sonhos para inclusão das crianças autista e com outras deficiências (TDAH, TOD, SINDROME DE DOW), início da primeira turma no dia 14/10/2023 às 15h00min todos os sábados Digo dos sonhos pois as crianças autistas a maioria das vezes são privadas de participar de “aulas de futebol” geralmente por terem dificuldade no comportamento, dificuldade no entender das regras, esse projeto oportunizar as crianças terem a chance de estarem vivenciando essa prática, vai contribuir para a generalização de aprendizados em clinicas. Estamos com fila de espera para ampliar o projeto. Inicialmente vamos começar com 26 crianças;

2. PARTIU FUTURO “ACOLHIMENTO”, com reunião uma vez ao mês com palestras com temas voltado ao conhecimento das terapias no autismo e vamos estar direcionando para outras síndromes. Importante levar o conhecimento para as mães e familiares. O mundo da família atípica é um universo gigantesco com muitas interrogações, muito importante essa troca de informações e conhecimento, pois a maior terapia das crianças começa em casa. É a base de tudo. “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém.”;

3. CONSULTA SOLIDÁRIA, na especialidade de neuropediatra, chegando a custo zero de acordo com a condição financeira da família, hoje estamos com grande lista de espera. Problemática gigantesca, pois as mães precisam retornar muitas vezes com os exames solicitados que levou mais de 1 ano para ficarem prontos e não consegue vagas, com isso as crianças ficam

sem o diagnóstico, e uma criança sem diagnóstica fica privada de todos seus direitos. Temos parcerias com vários neuropediatras de Londrina, onde o valor se torna mais acessível, mudando a vida daquela família; **4. PARTIU FUTURO ARTERAPIA**, a ser implantado, onde será trabalhado com as mães alguma arte manual (pintura em tela, crochê entre outras), início previsto em novembro. Esse projeto também visa um olhar direcionado às mães atípicas, uma forma de estar trabalhando o emocional; **5. ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL E EM GRUPO** às mães atípicas ajudando na aceitação do diagnóstico no autocuidado, pois somente uma mãe tratada e saudável vai conseguir dar um melhor amparo para os seus filhos, inclusive pode verificar um melhor tratamento; **6. ATENDIMENTO JURÍDICO e ACOLHIMENTO NO DIRECIONAMENTO** do tratamento e profissionais de acordo com a realidade de cada família, pois quando pegamos um diagnóstico não sabemos por onde começar; **7. ATENDIMENTO MULTIDICPLINAR EM PARCERIA COM VÁRIAS CLINICAS** para alcançar o tratamento das crianças na multidisciplinariedade como FONÓLOGO, FONOLOGIA, TO, Psicólogo, Psicopedagogia, pois nem todas as famílias conseguem um plano de saúde, e a fila do SUS está gigantesca, as parcerias consiste em valores bem reduzidos que os profissionais parceiros recebem da ONG para atendimento das crianças, como uma prova de amor pela profissão; **8. PROJETO DO LIVRO O QUE É AUTISMO NAS ESCOLAS:** um livro ilustrado para explicar as crianças típicas o que vem ser o Autismo e como tratar e respeitar o colega com necessidades especiais. Faremos uma palestra e entrega dos livros para todas as escolas aqui do município. (projeto em andamento); (Anexo VIII).

Contribuição Associação dos Amigos Autistas Belavistenses - AMAB (Ofício 04/2023) Presidente Érika Schmidt Mesquita: **1.** Necessidade de leis que defendam a causa das pessoas portadoras do Espectro Autismo que tenham direito crianças e adolescentes sejam assessorados por um professor de Apoio Educacional Especializado (PAEE), bem como essas que essa legislação sejam integralmente efetivas. (Anexo IX).

Contribuição Associação dos Amigos Autistas Belavistenses - AMAB (Ofício 05/2023) Presidente Érika Schmidt

Mesquita: 1. Criação de normativos legais para inclusão do medicamento Canabidiol de 200mg/ml para todos os portadores de TEA do Estado do Paraná, no sistema único de saúde (SUS), considerando o alto custo, dificultando o acesso dos pacientes com TEA ao medicamento. Salienta também que para o CID-10/F.84, o SUS, só fornece atualmente o medicamento RISPERIDONA. (Anexo X).

Contribuição da Diretora do Departamento Municipal de Saúde Sra. Carla Brandão de Oliveira do Município de Bela Vista de

Paraíso: 1. Viabilização de Políticas Públicas com incentivo financeiro para oferta de atendimento e terapias tanto medicamentosas, quanto comportamentais para contribuir para qualidade de vida dos autistas. Em conjunto com um grupo de mães do município, foi fundada uma Associação de pais e familiares com o objetivo de estabelecer parceria com órgãos com o departamento de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos autistas. (Anexo XI).

Contribuição mãe de TEA Adriana Maria de Silva Duarte:

Sugestão de Projeto de Lei para Inclusão de Equipe Multidisciplinar e Acompanhante Terapêutico Especializado no Ensino Superior para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, visando a plena integração dos estudantes com TEA no ambiente acadêmico. (Anexo XII).

Contribuição Professoras Fernanda e Sílvia do Atendimento Educacional Especializado da Sala de Recursos

Multifuncional de Londrina: Criação de atendimento multidisciplinar com mais fonoaudiólogos, psicólogos para suprir a demanda no caso de tratamentos e de mais neuropediatras para o diagnóstico necessário. (Anexo XIII).

Contribuição da Sra. Francielle, mãe da Rebeca Autista com 04 anos de idade, Tesoureira da Associação Anjo Azul de

Bandeirantes: 1. Discussão e Reformulação de Políticas Públicas necessárias para o cumprimento da Lei Berenice Piana (LEI Nº 12.764/2012) (Anexo XIV).

Contribuição da Associação dos Autistas de Cambé –

ADAC: 1. Promover mais campanhas de divulgação sobre o autismo por vários meios de comunicação para que a sociedade em geral tenha acesso a mais informações sobre este tema; 2. Investir em mais cursos de graduação na área de fonoaudiologia e terapia ocupacional, dois cursos de extrema importância e que não é oferecido em nossa região. Tornando a demanda muito maior do que a quantidade de profissionais da área; 3. Melhor capacitação para professores regentes e professores de apoio; 4. Contratar um número maior de neurologistas, neuropediatras e psiquiatras para o CISMEPAR, a fim de diminuir o tempo de espera que hoje está entre 2 a 4 anos. É inaceitável esse tempo para que o autista receba o laudo afeta diretamente o seu desenvolvimento; 5. Contratação de neurologistas e neuropediatra para a policlínica de Cambé e reduzindo assim a fila de espera no CISMEPAR, onde pode ser feito o acompanhamento pós laudo facilitando o tratamento para as mães de Cambé e região. 6. Construção de um centro para autista em Cambé pois para tudo precisamos recorrer a Londrina, e com o grande aumento de demanda não está sendo suficiente; 7. Maior apoio para associações, entidades e grupos que lutam pela causa autista, auxiliando efetivamente de forma financeira social e cultural. 8. Unificar as carteirinhas de transportes para facilitar a locomoção dos autistas para as terapias visto que hoje temos um grande número de carteirinhas diferentes para a mesma função. A carteirinha de transporte do governo Federal já poderia valer para o transporte terrestre municipal, intermunicipal e interestadual. (Anexo XV).

Contribuição de Proposta de Parceria Solidária (Livro

Vozes no Espectro @vozesnoespectro) Meta distribuição de 10.000 exemplares: “Livro Diferentes Olhares Profissionais sobre o Transtorno do Espectro Autista”. O Projeto tem por objetivo, a formação de uma equipe multidisciplinar que cada profissional poderá apresentar e contribuir com seus conhecimentos e trabalhos desenvolvidos em sua área específica, com as

crianças que apresentam o TEA, a distribuição deste livro será gratuita em escolas, áreas de saúde e famílias que tenham crianças com TEA. Local do Evento de Lançamento do Livro: À definir. Cidade Sede: Londrina – Mês de abril de 2024 (Data a Definir), Participantes – Patrocinadores e população em geral. (Anexo XVI).

Contribuição Dra. Carla Cristine Tesaro (05/10/2023):

1. Inserção de terapias integrativas para cuidados às famílias com diagnóstico de TEA (sugestão de Vera Lúcia Duarte). **2.** Apesar da aprovação, pela Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei nº 507/23, que torna indeterminado o prazo de validade de laudo atestando deficiência permanente ou TEA, para o estudante ter direito, no Estado do Paraná, ao Professor de Apoio Educacional Especializado (PAEE) que atua no contexto escolar, ainda é necessário um Estudo de Caso acompanhado pelo Técnico Educacional do Núcleo Regional de Educação, equipe Técnico Pedagógica e família do estudante com TEA para disponibilizar este profissional especialista em Educação Especial para acompanhar o estudante em sala de aula, que é muito moroso e burocrático. Na própria Lei Federal já poderia contemplar este profissional em sala de aula para o estudante com TEA. **3.** Para pessoas adultas com TEA (de acordo com o DSM-5 Revisado, a organização do TEA é classificada por critérios A, B, C, D e E), que necessitam de suporte diário, vemos a necessidade em alternativas como a moradia assistiva, como opção de se obter dignidade e qualidade de vida. **4.** Proporcionar condições para que famílias de sujeitos com TEA também sejam assistidas. **5.** A Lei nº 14.624/23, institui o cordão com girassóis a pessoas com doenças ocultas e incluiu pessoas com TDAH. Para a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), TDAH e Dislexia não são doenças e nem deficiências, mas um transtorno do neurodesenvolvimento. Embora não seja uma doença, o estudante com TDAH necessita de apoio pedagógico em sala de aula, com um PAEE, por exemplo, e este direito não é garantido apesar de sua imensa dificuldade em autorregular-se. **6.** Nem sempre os pais conseguem medicação (metilfenidato) para seus filhos com TDAH ou DDA pelo SUS, o que dificulta, ainda mais, no processo de aprendizagem em sala de aula. **7.** Proporcionar formação efetiva a profissionais das áreas da saúde e

educacional que atuam com estudantes público alvo da Educação Especial. **8.** Elaboração de projetos para que municípios, com auxílio monetário do governo, criem espaços para atendimento multidisciplinar de pessoas com deficiências. **9.** Criação de secretarias para que municípios atendam pessoas com deficiências. (Anexo XVII).

Algumas fotos do evento estão registradas nesse documento. Estas e outras podem ser encontradas também no site: www.facebook.com/media/set/?vanity=diegogarciapr&set=a.869677084527882











RESUMO DAS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES

NA EDUCAÇÃO:

Os principais temas discutidos foram: **Direitos das pessoas** transtorno do espectro autista (TEA), **maior inclusão na rede de ensino, medicamentos disponibilizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e consultas e diagnósticos do autismo.**

Criação de sala sensorial na Clínica Escola do Transtorno do Espectro Autista – CETEA: Criação de um Centro de Atendimento para Autistas, com a presença de uma cozinha terapia e um espaço de acolhimento para as famílias dos autistas.

Encaminhamento para que o profissional fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional sejam incorporados nas equipes de saúde da família, e possam, por meio do Programa Saúde na Escola, levar as terapias para as crianças com autismo para dentro nas escolas.

A implementação de formação contínua específica sobre o transtorno do espectro autista para todos os profissionais da educação.

Crianças autistas ter direito a professor de apoio.

Implantação de Centro de Atendimento Educacional Especializado (Transtorno Global do desenvolvimento).

Projeto Do Livro O Que É Autismo Nas Escolas: um livro ilustrado para explicar as crianças típicas o que vem ser o Autismo e como tratar e respeitar o colega com necessidades especiais.

NA SAÚDE:

Oferecer de forma gratuita e sistemática a população brasileira o acesso à saúde e atendimento, práticas de lazer, contribuindo para o desenvolvimento psicomotor e a efetivação dos direitos e construção da cidadania de crianças e adolescentes com TEA, através de políticas públicas de atendimento com capacitação de professores da educação com aperfeiçoamento de técnicas e práticas pedagógicas.

Aprimorar a atenção básica e a puericultura, adequando a quantidade de equipes de saúde da família (e de seus profissionais) à necessidade do território coberto para conseguir oferecer o acompanhamento de puericultura para todas as crianças. Ou seja, avaliar, com frequência e por profissional qualificado, todas as crianças nos primeiros anos de vida.

Encaminhamento para que haja facilitação de acesso a medicamentos e exames para quem possua o Transtorno do Espectro Autista – TEA

Fonte de Custeio maior do Ministério de Saúde à Secretaria Municipal de Saúde: Em relação a atendimentos profissionais, medicamentos e exames para autistas, inclusive para criação de uma sala sensorial no aeroporto regional de Cascavel para atendimento de autistas enquanto aguardam vôos.

Ampliação do acesso a neuropediatras, neurologistas e psiquiatras / Implementação de protocolos específicos para atender autistas com seletividade alimentar, tanto em instituições de ensino quanto em unidades hospitalares.

Fomentar a criação de centro odontológico especializado para casos complexos, com possibilidade de realizar sedação.

Atendimento Psicológico Individual E Em Grupo às mães atípicas ajudando na aceitação do diagnóstico no autocuidado

NA ASSISTÊNCIA:

Criação de equipe multiprofissional composta por médico neurologista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionistas que avaliem o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Implementação de uma lei que exija que na presença de uma pessoa autista, os estabelecimentos comerciais sejam “obrigados” a baixar o volume do som, contribuindo para a inclusão e o bem-estar dos autistas em nossa sociedade

Várias demandas de Projetos de Leis que abranjam Políticas Públicas que atendam as pessoas com transtorno do espectro autista (TEA).

CONCLUSÃO

Nosso objetivo foi proporcionar com os encontros regionais o espaço de discussão aos pais, autistas, entidades, associações e especialistas da saúde e educação que representam as pessoas com transtorno do espectro autista.

Durante a ação dos encontros, os participantes puderam contribuir e participar, sugerindo alterações na legislação e novas políticas públicas.

Os encontros buscaram ouvir as principais dificuldades, desafios e anseios das pessoas com o transtorno do espectro autista, suas famílias e associações da área, a fim de fomentar as discussões para que os trabalhos da Subcomissão sejam conduzidos e tenham resultados efetivos.

Diego Garcia
Deputado Federal

ANEXOS

(Anexo I) - Contribuição da Associação de Mães de Autistas de Cascavel, através da Presidente Ester Sitnik (Ofício 10/2023).



Contato: amac.cascavel@gmail.com - Fone: 45 99963-0680

Ofício 10/2023

Excelentíssimo Deputado Federal
Sr. Diego Alexsander Gonçalo Paula Garcia

Cascavel, 14 de Setembro de 2023

Excelentíssimo Deputado, A AMAC – Associação de Mães de Autistas de Cascavel, como uma entidade dedicada à defesa dos direitos das pessoas autistas e à promoção de sua inclusão efetiva na sociedade, reconhece os avanços conquistados até o momento, mas também é ciente dos desafios que ainda persistem e que necessitam da atenção coletiva de representantes comprometidos com a causa.

Desta forma destacamos as seguintes demandas e propostas:

1. **Educação:** Propomos a implementação de formação contínua específica sobre o transtorno do espectro autista para todos os profissionais da Educação, garantindo suporte teórico para atender esse público, bem como a agilização dos processos de avaliação para alunos que necessitam de professores de apoio e materiais adaptados.
2. **Saúde:** Solicitamos a ampliação do acesso a neuropediatras, neurologistas e psiquiatras, reduzindo o tempo de espera. A implementação de protocolos específicos para atender autistas com seletividade alimentar, tanto em instituições de ensino quanto em unidades hospitalares.
3. **Mobilidade Urbana:** Ressaltamos a importância da regulamentação das placas de sinalização de trânsito para vagas de estacionamento destinadas a pessoas com deficiência, incluindo autistas, uma vez que se trata de uma deficiência não visível.
4. **Conscientização:** Propomos a distribuição de cordões de girassol ou quebra-cabeças para pessoas autistas em situação de vulnerabilidade social, visando garantir o acesso a esses símbolos de identificação.



Contato: amac.cascavel@gmail.com - Fone: 45 99963-0680

5. **Protocolo Universal Brasileiro:** Expressamos nosso apoio à implementação deste protocolo, que visa unificar os esforços das áreas de Saúde e Assistência Social em prol das pessoas autistas, garantindo um apoio mais eficiente e abrangente.

6. **Apoio às Mães/cuidadores de Autistas:** Buscamos a criação de programas que ofereçam atendimento psicológico e médico global para as mães/cuidadores de autistas, reconhecendo seu papel fundamental no cuidado de seus filhos e a sobrecarga que muitas vezes enfrentam.

7. **Ambientes Inclusivos:** Sugerimos a consideração da implementação de uma lei que exija que, na presença de uma pessoa autista, os estabelecimentos comerciais sejam "obrigados" a baixar o volume do som, contribuindo para a inclusão e o bem-estar dos autistas em nossa sociedade.

A AMAC agradece profundamente a atenção e o compromisso de Vossa Excelência com essa causa tão importante. Acreditamos que, juntos, podemos fazer a diferença na vida das pessoas autistas e suas famílias.

Esperamos ansiosamente por uma oportunidade de diálogo e colaboração, e colocamo-nos à disposição para fornecer qualquer esclarecimento adicional que possa ser necessário.

Atenciosamente,

Cascavel, PR, 14 de Setembro de 2023.

Samantha Ester Sitnik -- Presidente
Associação de Mães de Autistas de Cascavel

(Anexo II) - Contribuição da União de Famílias de Matinhos pelo Autismo



Excelentíssimo Deputado Diego Garcia,

Boa tarde a todos. Me chamo Karolinny Buquera, sou esposa de um autista, mãe de uma criança autista e fundadora da UFA (União de Famílias pelo Autismo). Hoje, estou aqui para compartilhar minha experiência e, com profundo respeito, agradecer pela oportunidade de estar diante de todos vocês.

Há quatro anos, estou dedicando minha vida à nossa querida Matinhos e à causa do autismo. Durante esse tempo, tenho trabalhado incansavelmente, juntamente com nossa comunidade e a UFA, para enfrentar os desafios que as famílias com autismo enfrentam em nossa cidade.

Mas gostaria de expressar minha profunda preocupação em relação à situação alarmante que enfrentamos em Matinhos, especificamente no que diz respeito ao atendimento médico e terapêutico para crianças autistas em nosso município. A falta de médicos e profissionais especializados tem causado enormes desafios para as famílias e, principalmente, para as crianças que aguardam ansiosamente por atendimento.

Hoje, estamos aqui para falar sobre uma realidade que não podemos mais ignorar: as filas de espera para atendimento neurológico em Matinhos chegam a quatro anos. Isso significa que crianças autistas estão enfrentando uma espera dolorosa e angustiante, enquanto suas necessidades médicas e terapêuticas ficam sem atendimento adequado. Essa espera prolongada não apenas afeta negativamente o desenvolvimento das crianças, mas também sobrecarrega emocionalmente as famílias que lutam diariamente para oferecer o melhor suporte possível a seus filhos.

E quando finalmente conseguimos o tão esperado atendimento, deparamo-nos com outra realidade preocupante. O número limitado de sessões de terapia, apenas 10 por criança, é claramente insuficiente para atender às necessidades complexas dessas crianças. E o mais preocupante é que, após esse período de tratamento, elas são devolvidas à fila de espera, enfrentando uma espera adicional de um ano ou mais para receber qualquer forma de acompanhamento. Isso cria um ciclo interminável de atrasos no tratamento e um obstáculo significativo para o progresso das crianças autistas.

Em face dessa situação desafiadora e angustiante, a União de Famílias pelo Autismo (UFA) em Matinhos propõe um projeto chamado "Matinhos + Azul: Um Mar de Inclusão para Todos". Este projeto visa não apenas reduzir os desafios enfrentados pelas crianças autistas, mas também promover a inclusão e conscientização em nossa comunidade.

Uma das iniciativas essenciais deste projeto é a criação de uma "Praça Sensorial". Esta praça proporcionaria um ambiente acolhedor e terapêutico onde as crianças autistas podem se sentir confortáveis, estimulando seus sentidos e promovendo a interação social. Embora não possamos substituir o tratamento médico necessário, essa praça sensorial pode desempenhar

um papel crucial no auxílio à regulação emocional das crianças, enquanto elas aguardam atendimento médico.

Além disso, estamos dispostos a colaborar com profissionais de saúde e educadores locais para oferecer palestras e treinamentos que capacitem esses profissionais a entenderem melhor as necessidades das crianças autistas. Também buscamos parcerias com estabelecimentos comerciais para promover a inclusão e tornar Matinhos uma cidade mais acolhedora para todos.

Deputado Diego Garcia, estamos aqui hoje para solicitar seu apoio e sua liderança em nosso esforço para melhorar a vida das crianças autistas em Matinhos. É imperativo que tomemos medidas urgentes para reduzir as filas de espera, garantir um tratamento adequado e promover a inclusão em nossa comunidade. Estamos confiantes de que, com sua ajuda e apoio, podemos fazer a diferença e criar um futuro mais brilhante para as crianças autistas e suas famílias em Matinhos.

Muito obrigado por sua atenção e dedicação a esta causa tão importante. Estamos ansiosos para trabalhar juntos em prol de um Matinhos mais inclusivo e acolhedor para todos os nossos cidadãos.

Muito obrigado.



(Anexo III) - Contribuição das mães atípicas de Umuarama



CASCADEL
GUARDE ESTA DATA!
14/09
Encontro Regional:
Novas Políticas Públicas
para as Pessoas com
Transtorno do Espectro
Autista

Saiba mais:
☎ 43 99110-0019

REALIZAÇÃO:
Subcomissão Especial para Discutir
Políticas de Inclusão de Pessoas com
Autismo da Comissão de Saúde
Câmara dos Deputados

AUTOR DO REQUERIMENTO:
Deputado Federal Diego Garcia

UMUARAMA-2023- MÃES Atípicas.

**AOS CUIDADOS E APRECIÇÃO DO DEPUTADO DIEGO GARCIA.
PROPOSTA DO GRUPO DE MÃES ATÍPICAS DE UMUARAMA- PARANÁ.**

Os serviços de Saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas. A Atenção Básica (AB), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde. Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a atenção aos portadores de TEA. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e Escola e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. Nesse contexto, acredita-se que o Ministério da Saúde e Educação juntamente com sociedade organizada, vem desenvolvendo diretrizes, metodologias, discussões, instrumentos de apoio a este público que tanto tem se debatido no tempo contemporâneo. Portanto este documento tem a finalidade de pedir a ampliação de atendimento aos portadores de TEA seja estendido ao FAA (Fenótipo ampliado do autismo), na nova CID-11, de Janeiro de 2022.

- Considerações: O fenótipo ampliado do autismo (FAA) tem sido definido como traços subclínicos que configuram a expressão fenotípica de uma suscetibilidade genética para o desenvolvimento do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Considerando sua implementação em a partir de 1º de janeiro de 2025.

Objetivo

Oferecer de forma gratuita e sistemática à população brasileira o acesso à saúde e atendimento, práticas de lazer, contribuindo para o desenvolvimento psicomotor e a efetivação dos direitos e construção da cidadania de crianças e adolescentes com TEA. Ao mesmo tempo, capacitar professores de educação com o aperfeiçoamento de técnicas e práticas pedagógicas.

Objetivos específicos

- Ofertar à sociedade condições e íntegras de relações a criança, família, adolescente, adulto portador TEA ou fenótipo ampliado.
- Ampliar o repertório motor e cognitivo, buscando contribuir para a autonomia e a qualidade de vida.
- Contribuir para a melhoria e o desenvolvimento sensorial, diminuindo assim futuros impactos de relações interpessoais.

Público-Alvo

Famílias atípicas, rede de atendimentos, professores e o portador de autismo ou fenótipo ampliado.

PROPOSTAS

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTENCIALISMO.

1-Ampliação dos Medicamentos ofertados pelos governos, Federais, Estaduais e Municipais, TEA / Fenótipo.

2-Teste obrigatório para todas as crianças/ adolescentes nas UBS, desde que reconhecidos pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS), mediante o acompanhamento pediátrico, com a finalidade de detectar atrasos cognitivos e outros pertinentes ao TEA / fenótipo.

3-Redução da taxa de água e Luz, levando em consideração as famílias de classe média, não pertencentes ao Cadúnico. Subir o teto para R\$500,00 per capita familiar.

4-Atendimento odontológico com suporte avançado para TEA / Fenótipo.

5-Suplemento alimentar de ordem farmacológica/familiar/escolar para TEA / Fenótipo.

6-Acompanhamento nutricional com especialização e, TEA.

7-Acompanhamento evolutivo multidisciplinar e por parte do conselho tutelar, para a família ser assistida, enquadrando como negligência.(programa de políticas públicas de monitoramento, UBS), sendo assim uma vez a criança laudada, embasado na quantidade de pessoas que não realizam ou desistem de mediar a integração do indivíduo, tornando assim, conflitos na adolescência, vida escola, a família deverá

realizar o acompanhamento necessário, terapias, estímulos, e outros, tornando assim a redução dos impactos de socialização na vida adulta. A alta deverá acontecer mediante laudos testes, e equipe multidisciplinar responsável para TEA / Fenótipo.

8--Aposentadoria para mães de autistas com tempo de trabalho reduzido.(tabela de apreciação diferenciada, CLT e servidores de esferas Federais, Municipais e Estaduais), para TEA / Fenótipo.

9--Aposentadoria do TEA nível 3, automática, uma vez que comprovada sua inserção no mercado de trabalho.

10-Perito com especialização em autismo para TEA / Fenótipo.

11-Estender os direitos do autista para a vida adulta, terapias, interação social, habilidades e interesses, atendimento em universidade ao menos um especialista pedagógico para acompanhar suas necessidades para TEA / Fenótipo.

12-Criação de um disque autismo, para TEA / Fenótipo.

13-Apoio e acolhimento para o cuidador voltado em atendimento de saúde física e mental, para TEA / Fenótipo.

14-Locais de interações sensoriais para TEA, com segurança, para TEA / Fenótipo.

15-Inserção de autorização para uso de animais em ambientes públicos mediante comprovação, para TEA / Fenótipo.

16- O profissional, Clínica, setor público, que se dispôr ao atendimento a este público deverá, comportar uma sala de espera, ou fracionar de sua chegada até o término do atendimento, no ambiente em no máximo 30min de espera e consulta, para TEA / Fenótipo.

CAMPO EDUCACIONAL

17-Curso de ABA especialização da rede pública de ensino, para professores Federais, Estaduais e Municipais, com incentivo financeiro e aplicabilidade obrigatória dentro do setor educacional ou saúde, para TEA / Fenótipo.

18-Que se cumpra a fiscalização e obrigatoriedade do profissional de apoio especializado e capacitado dentro da especificidade TEA / Fenótipo deixando de ser preferencialmente, decididos por análise do órgão regulador de ensino. Este órgão regulador obrigatoriamente deverá manter dados atualizados e comunicação ativa para acompanhar a evolução/regressão do mesmo, para TEA / Fenótipo.

19-Material didático fornecido pelos governos Federais, Estaduais e Municipais adaptado para TEA/fenótipo.(lápis, ponteira, tesoura, lousa e equipamentos de suporte tecnológicos e outros) para TEA / Fenótipo.

INSERÇÃO NA SOCIEDADE

20-Menor aprendiz para autista, com incentivo fiscal para empresas parceiras para TEA / Fenótipo .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do conjunto de aspectos apresentados neste documento, espera-se que a comissão que analisará o utilize como instrumento norteador para qualificação dos pleitos apresentados, bem como compreender os pedidos sugeridos acima deste documento, visto que há um objetivo em comum, o de contribuir com a saúde e desenvolvimento do indivíduo. O diálogo e consulta a esta classe estará sempre aberto a esclarecer dúvidas e receber contribuições para o aprimoramento das ações, levando sempre em conta todos os programas e políticas que visam à proteção e a promoção da integridade e qualidade de vida para TEA / Fenótipo e famílias atípicas. Segue assinado Cascavel 14 de setembro de 2023.

Giselle Ribeiro dos Santos, Barbara, Tamia Maria
 Tamara, Ivira B. da Gama, Patricia Fernandes
 Camila Mota Pereira, Kamilla Cristina Freitas
 Frederico, Jordânia D. J. Marques, ~~Alaísia~~ de Souza
 Maria Luiza de Lima Castro
 Rosa Aparecida Souza Jara

(Anexo IV) - Contribuição da Sra. Sandra Prado presidente da AKA-ASSOCIAÇÃO KASA do Autista

PL nº XXXXXXXX/09/23 Sandra Prado (07/09/2023).

POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO

***"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO
DA POLITICA DE ATENÇÃO AO
AUTISMO NA SAÚDE E EDUCAÇÃO
NO ESTADO DO PARANÁ"***

Capítulo I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º Fica criada a POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO do Governo do Estado do Paraná, para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da pessoa no TEA-Transtorno do Espectro do Autismo e aos seus cuidadores, tutores.

Art.2º Essa POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO instituirá a política Estadual com base na ciência e nas práticas com a melhor evidência de sua eficácia para os tratamentos e intervenções para o autismo, para integração da pessoa no espectro, que disporá sobre o pleno exercício de seus direitos básicos quanto à educação, à saúde, ao trabalho, ao esporte, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição Federal, da LEI Estadual 19584/2018 e das leis infraconstitucionais, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

§ 1º A pessoa no TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência, respeitando não só a deficiência, raça gênero, cor e etnia, mas as diferenças, a diversidade humana.

§ 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se pessoa no espectro aquelas descritas no DSM 5 TR (em Harmonização com a CID-11), além das descritas nas Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, Lei 13.146 de julho de 2015 e na OMS- Organização Mundial de Saúde, que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

§ 3º O TEA- transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (DSM-5-TR/2022)

I- Característica A- Déficit persistente na comunicação, seja ela verbal ou não e na interação social. CARACTERÍSTICA-A- possui 3 especificidades:

1ª-Déficit na reciprocidade socioemocional. É preciso obrigatoriamente apresentar 3 especificidades das características A, pra estar no espectro.

-O indivíduo tem dificuldade de entender as emoções ligadas a aquele contexto:- EX:

-Dificuldade na atenção compartilhada;

-Compartilhar interesses com os outros.

2º- Prejuízo na linguagem verbal ou não verbal ou nas interações entre essas formas de comunicação;

-O indivíduo pode falar, verbalizar, mas continua tendo problemas de comunicação, não consegue se expressar porque não consegue entender os sinais da comunicação, como expressões faciais, gestos, a tonalidade da voz do outro, ele compreende, mas não consegue se expressar. O prejuízo pode ser em um desses aspectos, ou em todos.

3º Iniciar e manter relações, podem ser, de trabalho amizade ou amorosa.

- É muito difícil para as pessoas com autismo iniciar relações e manter essas relações;

- No caso do autismo moderado a Severo fico mais evidente as dificuldades.

II-Característica B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

CHARACTERÍSTICA B- Possui 4 especificidades: Para o diagnóstico do autismo ser confirmado precisa ter duas dessas especificidades do critério B.

1ª Estereotipias: são comportamentos repetitivos aparentemente disfuncionais, no autismo você não consegue ver essa função, só o indivíduo sabe a função do comportamento estereotipado;

- Existem também as estereotipias vocais as ecolalias, o indivíduo repete as coisas que ouviu

2ª Resistência na quebra de rotina e padrões inflexíveis rituais para fazer as coisas;

- O indivíduo se desregula com a mudança de sua rotina as coisas têm que ser sempre da mesma forma,

-A questão da previsibilidade.

3ª Adesão inflexível a novos temas objetos ou outras coisas:

-Nos casos do autismo moderado a Severo eles se apegam mais a objetos;

- Já nos casos mais leves eles se atem a temas,

-Tem casos que podem apresentar os dois e em vários casos o foco é considerado anormal, podendo a dimensão trazer prejuízos para o indivíduo, como nas habilidades sociais porque só fala de um tema interesse restrito específico e atrapalha até a socialização, mas em alguns casos esse hiperfoco pode auxiliar; - são as habilidades que podem ajudar inclusive no trabalho. (HIPRFOCO PE TEMA PRA UMA PALESTRA INTEIRA)

4ª As alterações sensoriais do ambiente, a hipo e hiper sensibilidade:

- São Alterações complexas e significativas é uma série de operações sensoriais muitas vezes todos os sentidos alterados para mais ou para menos.

Art. 3º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento.

§ 1º O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente:- art 2º da LBI 13.146/15:modelo de avaliação “BIOPSIKOSOCIAL”

§ 2º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência) (Vide Decreto nº 11.063, de 2022).

Art. 4º A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento das ações e das políticas no atendimento à pessoa no TEA, aplicáveis através de convênios celebrados entre a Secretaria Estadual de Saúde Sesa, a Secretaria Estadual da Educação - Seed e a Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Seti e, sempre que possível, procurando envolver as Secretarias Municipais de Saúde, as Secretarias Municipais de Educação, as Universidades Federais e Estaduais, públicas e privadas e outras instituições como fundações e associações. (NR).

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas trans multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

I- A intersectorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas, promovendo e com foco em reduzir as barreiras atitudinais da acessibilidade.

II- A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada e com profissionais qualificados da área do TEA.

Art. 5º A lei deverá assegurar o diagnóstico e intervenção precoce para todos os tipos de autismo.

Parágrafo único. O diagnóstico e a intervenção precoce respeitando a plasticidade cerebral, na tenra idade, asseguram ao indivíduo no espectro uma qualidade de vida significativa.

Capítulo II

DAS FINALIDADES E COMPETÊNCIAS DESSA POLITICA

Art. 6º A lei tem as seguintes finalidades:

I - Definir as prioridades da política estadual dos direitos da pessoa no TEA, visando sempre a promoção e desenvolvimento do indivíduo no espectro;

II-Criar o Plano de Ensino Da Educação Especial Estadual, com base nas melhores práticas com evidência da sua eficácia para o TEA;

III - Estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos, Estadual e Municipal dos Direitos das Pessoas no espectro;

IV- Criar a disciplina TEA na grade curricular dos cursos de graduação e estabelecer diretrizes para a criação de convênios entre os estabelecimentos de ensino superior na rede pública e privada de educação, para atendimento de alunos com TEA.

V - Atuar na formulação de estratégias e controle da execução das políticas Estadual e Municipal dos Direitos da Pessoas no espectro;

VI - Exercer o poder normativo em relação às pessoas no espectro no âmbito da

Administração Pública Estadual e Municipal, observada a legislação vigente;

VII - Exercer o poder fiscalizatório das atividades nas áreas voltadas às pessoas no espectro no Estado do Paraná financiada tanto com recursos públicos quanto com recursos do Fundo Municipal da no TEA, inclusive à utilização por particulares de recursos repassados a título de transferência voluntária para execução de projetos e programas na área voltada às pessoas no espectro.

Art. 7º O Estado pode promover com base nas práticas com melhor evidência da sua eficácia para o TEA, em conjunto com a comunidade, campanhas educativas, cursos de capacitação continuada, formação e conscientização sobre o TEA, buscando:

I - O auxílio na formulação de políticas públicas para as pessoas com TEA;

II-Criar Conselhos de pais, cuidadores, tutores da pessoa no TEA.

III - o controle social da implantação das políticas públicas para as pessoas com TEA, com acompanhamento e avaliação por meio da criação de comitês estaduais e municipais, compostos por representantes de:

a) associações de pais;

b) sociedades de pediatria, de neurologia e de neurologia pediátrica;

c) sociedades de psicologia;

d) universidades;

e) gestores públicos estaduais e municipais;

III - a inserção da pessoa com TEA no mercado de trabalho, observando-se as peculiaridades da deficiência e o que prevê a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente;

IV - O treinamento e envolvimento de pais, responsáveis, cuidadores e profissionais das áreas de saúde e de educação, a fim de garantir uma melhor eficiência ao cuidado, bem como melhor escolha na definição e controle das ações e serviços de saúde;

V - A promoção de programas e ações voltados ao diagnóstico precoce do TEA, de modo a permitir atenção integral às necessidades de saúde, educação e conforto da pessoa e

Parágrafo único. As campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA podem ser divulgadas por meio dos canais de comunicação do Estado, bem como pelos canais de comunicação dos demais órgãos públicos e privados envolvidos.

Art. 8º Compete a Essa política:

I - Elaborar os planos, programas e projetos da política Estadual para inclusão da pessoa

no espectro e propor as providências necessárias à sua completa implantação e ao seu

adequado desenvolvimento, inclusive as pertinentes a recursos financeiros e as de caráter

legislativo;

II - Zelar pela efetiva implantação da política estadual dos direitos da pessoa no espectro;

III - Acompanhar o planejamento e avaliar a execução das políticas estadual, municipais da

acessibilidade à educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo,

desporto, lazer, urbanismo e outras relativas à pessoa com deficiência;

IV - Acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária do Estado,

propondo as modificações necessárias à consecução da política estadual para inclusão da

pessoa no espectro;

V - Zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de defesa dos direitos da pessoa no espectro;

VI - Criar de acordo com a Lei nº 8.080/19 de setembro de 1990(SUAS), as moradias adaptadas, com ou sem suporte, para os autistas, de acordo com os critérios estabelecidos nos protocolos específicos para autistas;

VII - Incentivar, apoiar e promover estudos, debates e pesquisas sobre a questão do TEA, visando manter atualizados e eficientes os serviços prestados pelo Estado, Município e

entidades privadas, oferecendo melhoria da qualidade de vida da pessoa no espectro;

VIII - Propor e incentivar a realização de campanhas que visem a prevenção de bullying, discriminação e preconceito e a promoção dos direitos da pessoa no espectro;

IX - Acompanhar, mediante relatórios de gestão, o desempenho dos programas e projetos

da política estadual para inclusão da pessoa no espectro;

X - Manifestar-se, dentro dos limites de sua atuação, acerca da administração e condução

de trabalhos de prevenção, habilitação e inclusão social de entidade particular ou pública,

quando houver notícia de irregularidade, expedindo, quando entender cabível, recomendação ao representante legal da entidade;

XI - Oferecer subsídios para elaboração de leis atinentes aos interesses da pessoa no espectro, emitir pareceres e prestar informações sobre assuntos que digam respeito;

XII - Avaliar anualmente o desenvolvimento da política Estadual de atendimento especializado às pessoas no espectro de acordo com a legislação em vigor, visando à

sua plena adequação;

XIII - Receber e julgar a procedência de queixas, reclamações, representações de qualquer

pessoa por desrespeito aos direitos assegurados às pessoas no espectro, dando-lhes o

encaminhamento devido;

XIV - Avaliar a situação da política estadual de atendimento à pessoa no espectro;

XV - Fixar as diretrizes gerais da política estadual de atendimento à pessoa no espectro;

XVI - Aprovar e dar publicidade a suas resoluções, que serão registradas em documento final.

XVII - Elaborar o seu Regimento Interno.

Capítulo III

EDUCAÇÃO

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou provada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

- I - A identificação do estudante;
- II - A avaliação funcional do estudante;
- III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescentadas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvidas mentais e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvidas mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreio e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V - Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvi mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

- I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;
- II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;
- III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

- I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;
- II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;
- III - Pranchas de Rotina Visual;
- IV - Sistema de Fichas
- V - Uso de estratégias motivacionais
- VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;
- VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvi mentais plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

- I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:
 - a) Conhecer as principais características do TEA.
 - b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.
 - c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.
 - d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professoras da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvi mentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Capítulo IV

SAÚDE

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no “TEA” e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do Transtorno do Espectro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º **Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;**

I- Neuro;

II-Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV-Psiquiatra;

V-T. O;

VI-Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII– O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho.

Capítulo V

DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce,

assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

- I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;
- II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;
- III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;
- IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;
- V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;
- VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

- I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;
- II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;
- III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;
- IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;
- V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão

revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 45. Esta lei entre em vigor na data de sua publicação.

Capítulo VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Justificativa:

O BRASIL TEM 18,6 MILHÕES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, CERCA DE 8,9% da população, segundo IBGE dados atualizados em 07/07/2022 dentre essas deficiências estão aproximadamente 2% da população brasileira que estão no TEA- transtorno do espectro do Autismo, aproximadamente 6 milhões de brasileiros. A população com deficiência tem menor acesso à educação, trabalho e renda, os maiores percentuais da população com deficiência em 2022 foram entre mulheres, pessoas autodeclaradas pretas e na região Nordeste. Essa política vai de encontro com o Tratado de Nova Yorke a Convenção da ONU, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional, que o Brasil firmou. A proposta dessa política é que a convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade e deve ser elaborado com a participação de mais da sociedade civil, governos, estadual e municipal. Com os números expressivos de autistas no Brasil, objetiva-se com a criação em caráter de urgência de uma Política Estadual que contemple o indivíduo no espectro, tanto uma política de educação especial, que o Brasil não tem, quanto as da saúde que são ineficazes até o presente momento. Assim essa Política Pública de inclusão social tem como objetivo desenvolver ações de participação social e de combate à desigualdade, exclusão ou restrição que impedem o exercício de direitos em equidade de condições para os indivíduos que estão no espectro do autismo.

Araucária, 07 de setembro de 2023.

Nome do proponente Sandra Prado (AKA)

HUBNER, Martha, ANÁLISE do Comportamento para a Educação - 13. ed. Santo André /SP: ESLTcc Editores Associados, 2004.

A OBRA "Ciência e Comportamento Humano" de 1953. 7ª. ed. São Paulo, Martins Fontes editora LTDA: [s. n.], 1989.

APPLIED Behavior Analysis Cooper Heron Heward Second Edition. [S. l.: s. n.], 2014.

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS. 1ª. ed. Curitiba: [s. n.], 2020. 63 p.

FARIA, Lina; OLIVEIRA-LIMA, José Antonio de; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceitual e objetivos práticos do cuidado. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.28, n.1, jan-mar. 2021 p.59-78.

HÜBNER, Maria Martha Costa; MOREIRA, Márcio Borges; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos; ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco Baptista; PRISZKULNIK, Léia. Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

JÚNIOR, Jair Lopes- Behaviorismo radical, epistemologia e problemas humanos, 1994 [s. l.], 12 nov. 2022. ([HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S1414-98931994000100007](https://doi.org/10.1590/S1414-98931994000100007))

J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Yücesoy-Özkan, S., & Savage, M. N. -Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism. The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank

nc

(Anexo V) - SUGESTÕES PARA PL TEA

Sou Sandra Prado, a presidente da AKA- ASSOCIAÇÃO KASA do Autista, fundada em 2012, CNPJ 22.734.061/0001-15

Meus contatos: sv.prado@yahoo.com.br (41) 999742038

Estas são as nossas ressalvas sobre o PL 710/2023.

Trabalhamos com o TEA a 14 anos e gostaríamos de somar para a construção desse código que foi sugerido em 02/04/2023 por nós, associações e familiares no TEA e em reunião com o Dep. Evandro colocamos em pauta tudo que seria importante constar em um PL que de fato contemple os autistas e suas famílias.

Somos aproximadamente 6 milhões de indivíduos no TEA no Brasil, precisamos ser ouvidos

Obs: O que estiver em amarelo é a sugestão para alteração nos PLs apresentados.

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

PROJETO DE LEI Nº 710/2023

AUTORES:

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO, DEPUTADO PROFESSOR LEMOS, DEPUTADO ANIBELLI NETO, DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO, DEPUTADO GILSON DE SOUZA, DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN, DEPUTADO NEY LEPREVOST, DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI, DEPUTADO NELSON JUSTUS, DEPUTADO ADEMAR TRAIANO, DEPUTADO TERCÍLIO TURINI, DEPUTADO MARCIO PACHECO, DEPUTADO TIAGO AMARAL, DEPUTADO REQUIÃO FILHO, DEPUTADA MARIA VICTORIA E OUTROS

EMENTA:

"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO CÓDIGO ESTADUAL DA POLITICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO NA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO ESTADO DO PARANÁ"

INSTITUI O CÓDIGO ESTADUAL DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA.

Art.1º Fica criada POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO do Governo do Estado do Paraná, para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da pessoa no TEA-Transtorno do Espectro do Autismo e aos seus cuidadores, tutores.

Art.2º Essa POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO instituirá a política Estadual com base na ciência e nas práticas com a melhor evidência de sua eficácia para os tratamentos e intervenções para o autismo, para integração da pessoa no espectro, que disporá sobre o pleno exercício de seus direitos básicos quanto à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição Federal, da LEI Estadual 19584/2018 e das leis infraconstitucionais, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

§ 1º A pessoa no TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência, respeitando não só a deficiência, raça gênero, cor e etnia, mas as diferenças, a diversidade humana.

§ 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se pessoa no espectro aquelas descritas no DSM 5 TR (em Harmonização com a CID-11), além das descritas nas Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, Lei 13.146 de julho de 2015 e na OMS- Organização Mundial de Saúde, que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

§ 3º O TEA- transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (DSM-5-TR/2022)

I-Característica A- Déficit persistente na comunicação, seja ela verbal ou não e na interação social.

CARACTERÍSTICA-A- possui 3 especificidades:

1ª-Déficit na reciprocidade socioemocional. É preciso obrigatoriamente apresentar 3 especificidades das características A, pra estar no espectro.

-O indivíduo tem dificuldade de entender as emoções ligadas a aquele contexto: - EX:

-Dificuldade na atenção compartilhada;

-Compartilhar interesses com os outros.

2º- Prejuízo na linguagem verbal ou não verbal ou nas interações entre essas formas de comunicação;

-O indivíduo pode falar, verbalizar, mas continua tendo problemas de comunicação, não consegue se expressar porque não consegue entender os sinais da comunicação, como expressões faciais, gestos, a tonalidade da voz do outro, ele compreende, mas não consegue se expressar. O prejuízo pode ser em um desses aspectos, ou em todos.

3º Iniciar e manter relações, podem ser, de trabalho amizade ou amorosa.

- É muito difícil para as pessoas com autismo iniciar relações e manter essas relações;

- No caso do autismo moderado a Severo fica mais evidente as dificuldades.

II- Característica B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

CARACTERÍSTICA B- Possui 4 especificidades: Para o diagnóstico do autismo ser confirmado precisa ter duas dessas especificidades do critério B.

1ª Estereotipias: são comportamentos repetitivos aparentemente disfuncionais, no autismo você não consegue ver essa função, só o indivíduo sabe a função do comportamento estereotipado;

- Existem também as estereotipias vocais as ecolalias, o indivíduo repete as coisas que ouviu

2ª Resistência na quebra de rotina e padrões inflexíveis rituais para fazer as coisas;

- O indivíduo se desregula com a mudança de sua rotina as coisas têm que ser sempre da mesma forma,

-A questão da previsibilidade.

3ª Adesão inflexível a novos temas objetos ou outras coisas:

-Nos casos do autismo moderado a Severo eles se apegam mais a objetos;

- Já nos casos mais leves eles se apegam a temas,

-Tem casos que podem apresentar os dois e em vários casos o foco é considerado anormal, podendo a dimensão trazer prejuízos para o indivíduo, como nas habilidades sociais porque só fala de um tema interesse restrito específico e atrapalha até a socialização, mas em alguns casos esse hiperfoco pode auxiliar; - são as habilidades que podem ajudar inclusive no trabalho. (HIPRFOCO PE TEMA PRA UMA PALESTRA INTEIRA)

4ª As alterações sensoriais do ambiente, a hipo e hiper sensibilidade:

- São Alterações complexas e significativas é uma série de operações sensoriais muitas vezes todos os sentidos alterados para mais ou para menos.

§ 1º Para efeitos desta Lei, será considerada pessoa com TEA aquela com prejuízo na comunicação e nas relações sociais, conforme critérios clínicos definidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID e na Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º A pessoa com TEA é a pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Art. 2º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado.

Parágrafo único. O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente.

Art. 3º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento.

§ 1º O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente:- art 2º da LBI 13.146/15:modelo de avaliação "BIOPSIKOSOCIAL"

§ 2º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência) (Vide Decreto nº 11.063, de 2022).

Art. 3º As pessoas com TEA têm direito à Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – Ciptea, documento válido de identificação civil nos termos da Lei Federal nº 12.764, 27 de dezembro de 2012, com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Complemento:

Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

§ 1º O Estado deve expedir a carteira de identificação da pessoa com TEA, mediante requerimento, acompanhado do laudo médico de que trata o art. 2º desta Lei, com indicação do CID, e deve conter, no mínimo, as seguintes informações:



I - nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF, tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado;

II - fotografia no formato três por quatro centímetros e assinatura ou impressão digital do identificado;

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador;

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

§ 2º Nos casos em que a pessoa com TEA seja imigrante detentor de visto temporário ou de autorização de residência, residente fronteiriço ou solicitante de refúgio, deve ser apresentada a Cédula de Identidade de Estrangeiro – CIE, a Carteira de Registro Nacional Migratório – CRNM ou o Documento Provisório de Registro Nacional Migratório – DPRNM, com validade em todo o território nacional.

§ 3º A Ciptea terá validade de cinco anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado e deve ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com TEA em todo o território nacional.

Art. 4º Institui a Carteira Azul, que se trata de um porta-documentos do condutor de veículos automotores com TEA.

Parágrafo único. A Carteira Azul objetiva facilitar a comunicação entre o condutor com TEA e os agentes de segurança que o abordarem.

Art. 5º A Carteira Azul, de que trata o art. 4º desta Lei, deve conter:

I - a Carteira Nacional de Habilitação – CNH e demais documentos pessoais do condutor com TEA;

II - o contato de um familiar ou de outra pessoa capaz que possa ser responsável pela pessoa com TEA em situação de emergência;

III - as orientações para a pessoa com TEA e para os agentes de segurança.

§ 1º São orientações ao condutor com TEA que devem constar na Carteira Azul:

I - manter as mãos ao volante até que seja instruído a agir de outra forma, ainda que o agente de segurança não esteja próximo ao veículo;

II - manifestar ao agente de segurança que possui a Carteira Azul e, sendo solicitado, apresentá-la; III - responder aos questionamentos do agente de segurança, evitando realizar movimentos bruscos; IV - orientação quanto à utilização de lanterna direcionada para o interior do veículo e de rádio de comunicação pelo



agente de segurança;

V - orientação quanto às luzes e sirene da viatura;

VI- aguardar que o agente de segurança manifeste o fim da abordagem, atendendo suas instruções para seguir. § 2º São orientações aos agentes de segurança que devem constar na Carteira Azul:

I - o condutor pode apresentar movimentos corporais repetitivos, inquietação e contato visual incomum; II - o condutor pode apresentar sinais de alta ansiedade, especialmente devido à exposição à luz forte e som alto;

III - caso haja reação desproporcional por parte do condutor, entrar em contato com o familiar ou outra pessoa indicada como responsável na Carteira Azul;

IV - conceder ao condutor um tempo maior para formulação da resposta;

V - fazer uso de linguagem simples e objetiva;

VI - manifestar de forma clara o fim da abordagem, com a devida instrução de como o condutor deve seguir.

OBS: substituir pela legislação de trânsito para os indivíduos com TEA

Art. 6º A Carteira Azul deve ser disponibilizada em toda a estrutura do Departamento de Trânsito do Estado – Detran PR, compreendendo as Circunscrições Regionais de Trânsito – CIRETRANS e os Centros de Formação de Condutores – CFC's.

Art. 7º Cada pessoa com TEA pode ter mais de uma Carteira Azul.

Art. 8º As carteiras de vacinação em formato impresso ou digital, do sistema de saúde do Estado do Paraná, devem conter esclarecimentos e informações sobre o TEA.

Parágrafo único. As informações de que trata o *caput* deste artigo devem ser as descritas no § 1º do art. 1º desta Lei, ou outras especificadas pelos órgãos públicos competentes.

TÍTULO II

DAS DIRETRIZES

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA ESTADUAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA

DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla

ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 5º A lei deverá assegurar o diagnóstico e intervenção precoce para todos os tipos de autismo.

Parágrafo único. O diagnóstico e a intervenção precoce respeitando a plasticidade cerebral, na tenra idade, asseguram ao indivíduo no espectro uma qualidade de vida significativa



Art. 9º A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve se pautar pelas diretrizes deste Código e observar as disposições da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Art. 10. Constituem-se diretrizes para a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA:

I - intersetorialidade para a formulação e desenvolvimento de ações, políticas públicas e atendimento à pessoa com TEA;

II - participação da comunidade;

III - atenção às necessidades de saúde e de educação da pessoa com TEA, por meio de política de atendimento integrado e de apoio aos familiares;

IV - responsabilidade do Poder Público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

V - capacitação permanente dos agentes públicos das áreas da saúde, educação e assistência social, direta ou indiretamente envolvidos na implementação e execução da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA;

VI - sensibilização da sociedade quanto à inclusão da pessoa com TEA e da sua família;

VII - horizontalização do atendimento multiprofissional integrado à pessoa com TEA e da sua família.

Art. 11. A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada.

CAPÍTULO II

INTERSETORIALIDADE

Art. 4º A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento das ações e das políticas no atendimento à pessoa no TEA, aplicáveis através de convênios celebrados entre a Secretaria Estadual de Saúde Sesa, a Secretaria Estadual da Educação - Seed e a Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Seti e, sempre que possível, procurando envolver as Secretarias Municipais de Saúde, as Secretarias Municipais de Educação, as Universidades Federais e Estaduais, públicas e privadas e outras instituições como fundações e associações. (NR).

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas trans multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

I- A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas, promovendo e com foco em reduzir as barreiras atitudinais da acessibilidade.

II- A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada e com profissionais qualificados da área do TEA.

Art. 12. A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas.

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais



e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

Art. 13. O Estado poderá desenvolver e manter programas de apoio comunitário que propiciem às pessoas com TEA oportunidades de integração social, acesso à cultura, ao desporto e ao lazer e inserção no mundo do trabalho.

CAPÍTULO III

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Art. 14. O Estado pode promover, em conjunto com a comunidade, campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA, buscando:

I - o auxílio na formulação de políticas públicas para as pessoas com TEA;

II - o controle social da implantação das políticas públicas para as pessoas com TEA, com acompanhamento e avaliação por meio da criação de comitês estaduais e municipais, compostos por representantes de:

- a) associações de pais;
- b) sociedades de pediatria, de neurologia e de neurologia pediátrica;
- c) sociedades de psicologia;
- d) universidades;
- e) gestores públicos estaduais e municipais;

III - a inserção da pessoa com TEA no mercado de trabalho, observando-se as peculiaridades da deficiência e o que prevê a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente;

IV - o treinamento e envolvimento de pais, responsáveis, cuidadores e profissionais das áreas de saúde e de educação, a fim de garantir uma melhor eficiência ao cuidado, bem como melhor escolha na definição e controle das ações e serviços de saúde;

V - a promoção de programas e ações voltados ao diagnóstico precoce do TEA, de modo a permitir atenção integral às necessidades de saúde, educação e conforto da pessoa diagnosticada.

Parágrafo único. As campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA podem ser divulgadas por meio dos canais de comunicação do Estado, bem como pelos canais de comunicação dos demais órgãos públicos e privados



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

envolvidos.

-CRIAR UM CONSELHO ESTADUAL DE PAIS, CUIDADORES DA PESSOA NO ESPECTRO

CAPÍTULO IV

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO DA PESSOA COM TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Seção I

Diretrizes para o atendimento integrado da pessoa com TEA

EDUCAÇÃO

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o

processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou privada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno

acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescentadas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvidas e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir

comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreio e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada

gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado

no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V - Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvi mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas,

sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvimentos mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professoras da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades

de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvi mentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação,

videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 15. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

I - um Comitê de Gestão;

II - um Grupo Técnico;

III - Centros Macrorregionais de Referência em TEA – CMR em TEA;

IV - Centros Regionais de Referência em TEA – CRR em TEA.

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, devem ser periodicamente efetuados pelos gestores municipais, estaduais, pelo Grupo Técnico e pelo Comitê, conforme critérios previamente estabelecidos pelo Grupo Técnico.

Art. 16. O CMR em TEA será de âmbito macrorregional e tem como objetivo principal a organização e o fortalecimento das redes municipais de saúde, de educação e de assistência social no atendimento às pessoas com TEA e de suas famílias, por meio de Equipes Matriciadoras.

Parágrafo único. Cada macrorregião de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CMR em TEA.

Art. 17. O CRR em TEA será de referência regional e tem como objetivo principal o atendimento dos casos severos, graves e refratários da região de saúde respectiva, definidos por meio de protocolo previamente estabelecido, além de apoiar o trabalho do CMR em TEA.

Parágrafo único. Cada região de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CRR em TEA.



Art. 18. As normas para a habilitação, o funcionamento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, serão estabelecidas em normativa específica do órgão regulador e responsável.

§ 1º As ações dos CMR e dos CRR em TEA podem ser executadas, prioritariamente, por órgãos e entidades públicas, ou, de forma complementar, por instituições privadas com expertise no atendimento às pessoas com TEA e suas famílias.

§ 2º O CMR e o CRR em TEA serão regidos pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Nacional de Educação.

§ 3º O CMR e o CRR em TEA devem ser implementados de acordo com os critérios técnicos estabelecidos em normativa específica, a ser publicada pelo órgão responsável.

§ 4º O atendimento das pessoas com autismo e de suas famílias residentes no município-sede do CMR ou do CRR em TEA é de responsabilidade do próprio centro.

§ 5º O CMR e o CRR em TEA devem ser identificados, com a caracterização visual previamente definida pelo Grupo Técnico.

Art. 19. Os CMR e CRR em TEA podem adotar dentre as terapias propostas para o tratamento do TEA os métodos de Análise de Comportamento Aplicado – ABA, Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit Relacionados à Comunicação – TEACCH e Sistema de Comunicação por Troca de Imagens – PECS.

Parágrafo único. O tratamento nos CMR e CRR em TEA contará, preferencialmente, com terapias que envolvam a fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia e equoterapia.

Art. 20. A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve ser voltada ao atendimento integrado da pessoa com TEA, por equipes multidisciplinares, exemplificadamente composta por profissionais das seguintes áreas:

Saúde:

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no “TEA” e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do

Transtorno do Espetro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II- Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV- Psiquiatra;

V- T. O;

VI- Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que

deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho.

I - medicina;

II - fonoaudiologia;

III - fisioterapia;

IV - terapia ocupacional;

V - psicologia;

VI - pedagogia;

VII - musicoterapia;



VIII - equoterapia;

IX - psicoterapia.

Parágrafo único. A psicoterapia para tratamento das pessoas com TEA tem como

objetivo: I - estimular os comportamentos sociais, como contato visual e comunicação funcional;

II - incentivar os comportamentos acadêmicos, como a leitura, a escrita e o aprendizado da matemática; III - reforçar as atividades da vida diária, como higiene pessoal;

IV - reduzir os comportamentos problemáticos, como agressões, estereotípias, autolesões, agressões verbais e fugas.

Seção II

Diretrizes para a Educação

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos

termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou provada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior

é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescentadas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvi mentais e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de

planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V – Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e

avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas

mentais plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professores da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvimentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade

da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 21. Quanto às instituições de ensino, a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve estabelecer as seguintes diretrizes:

I - utilização de profissionais, estudantes e docentes das instituições de ensino superior, de forma a auxiliar na formação de profissionais aptos a diagnosticar e tratar o TEA precocemente, por meio de cursos, palestras e programas de incentivo profissional em diferentes níveis;

II - garantia de parcerias com as instituições de ensino para a promoção de cursos, palestras e programas de incentivo ao profissional, nos diversos níveis;

III - inclusão dos estudantes com TEA nas classes comuns de ensino regular com o apoio e as adaptações necessárias da tecnologia da educação;

IV - incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados na pesquisa e no atendimento da pessoa com TEA;

V - inserção do estudo do autismo com base científica no quadro de disciplinas das instituições de ensino superior, em seus cursos de medicina e outros ligados à área de saúde, educação e tecnologia;

VI - adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas no ambiente escolar a fim de desenvolver o potencial humano, o senso de dignidade, autoestima, e respeito pelos direitos humanos, liberdades e diversidade humana das pessoas com TEA;

VII - garantia de que os planos de atendimento educacional especializado dos estudantes com TEA aplicados no âmbito da educação municipal, quando houver, sejam encaminhados para a escola estadual no momento da mudança dos anos iniciais para os anos finais de ensino.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Parágrafo único. O Estado pode criar e implantar Centros Avançados de Estudo e Capacitação de Educadores da Rede Pública de Ensino do Paraná para atendimentos de alunos com TEA.

Art. 22. Os estabelecimentos privados de ensino devem substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA, para que estes não sejam submetidos a incômodos sensoriais ou risco de pânico.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no *caput* deste artigo sujeita os infratores à multa no valor de 200 UPF/PR (duzentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

Art. 23. O Estado pode substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA nos estabelecimentos públicos de ensino, conforme a sua autonomia administrativa e capacidade orçamentária.

Excluir- Não existe método ABA

Subseção I Método ABA

Art. 24. O Estado pode incluir na rede pública de ensino o Sistema de Inclusão escolar baseado no método de Análise do Comportamento Aplicada – ABA (*Applied Behavior Analysis*), para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, ou outro sistema de inclusão escolar validado pelos órgãos competentes.

Art. 25. O Estado pode avaliar as escolas da rede pública que já contam com estrutura física e recursos humanos para iniciar gradativamente a inclusão do método ABA na rede pública de ensino.

§ 1º Cada unidade de ensino pode dispor de profissionais capacitados para a efetiva implementação do método ABA, por meio da avaliação, da criação de plano de ensino, da aplicação e monitoramento por psicólogo da área da educação, por pedagogos, psicopedagogos e por estagiários de pedagogia.

§ 2º A Secretaria de Estado da Educação pode firmar parcerias com as instituições de ensino que trabalhem com técnicas baseadas em evidências com o método ABA, com a promoção de cursos, palestras e capacitações formativas.

Art. 26. Os alunos com TEA serão avaliados por equipe multidisciplinar, incluindo profissionais especializados dos órgãos públicos competentes, professor de atendimento educacional especializado, psicólogo, pedagogo, professores



e demais profissionais da unidade escolar que avaliarão se há necessidade de cada indivíduo aderir ao método ABA.

Parágrafo único. A adesão ao método ABA será facultativa aos alunos que apresentarem uma relação social autônoma ou possuírem outro tipo de acompanhamento pedagógico ou terapêutico, dentro ou fora do ambiente escolar.

Subseção II

Da educação especial

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no "TEA".

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação "biopsicossocial", conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

Art. 27. Constituem-se diretrizes para a educação especial voltada para a pessoa com TEA:

I - acesso ao sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem;

II - garantia de acesso, permanência, participação, aprendizagem e matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de

matrícula na rede de ensino estadual;

III - participação dos estudantes com autismo e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar;

IV - desenvolvimento acadêmico e social com planejamento de estudo de caso por meio da elaboração e implementação de programa de apoio pedagógico e de inclusão;

V - formação continuada de professores e demais profissionais da educação para o adequado atendimento educacional especializado, para adoção de práticas pedagógicas inclusivas, manejo de comportamento e apoio à realização de pesquisas e à promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva;

VI - atendimento educacional especializado, tendo por objeto a inclusão e a realização de adaptações razoáveis para atender às características dos estudantes com TEA, de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de igualdade, promovendo a sua autonomia.

§ 1º Na forma do parágrafo único do art. 27 da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, é dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

§ 2º É vedada a contratação e a utilização de estagiários para fins do inciso V do *caput* deste artigo, salvo quando acompanhado de um profissional comprovadamente capacitado no atendimento à pessoa com TEA.

Art. 28. O Programa de Apoio Pedagógico de que trata o inciso IV do art. 27 desta Lei exemplificadamente pode



conter:

- I - a identificação do estudante;
- II - a avaliação do estudante;
- III - os programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;
- IV - as folhas de registros de todos os programas de ensino;
- V - o protocolo de conduta do estudante;
- VI - as diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;
- VII - os recursos de acessibilidade ao currículo.

Parágrafo único. O Programa de Apoio Pedagógico é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados pela comunidade escolar para a aprendizagem do estudante.

Art. 29. A elaboração de Programa de Apoio Pedagógico pode ser realizada por meio de três

fontes: I - entrevista:

- 1. com os pais ou responsáveis;
- 2. com o próprio estudante, quando possível;

II – avaliação do estudante com protocolo de conduta cientificamente validado.

Parágrafo único. Podem ser incluídas outras fontes, tais como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 30. A avaliação do estudante por meio do protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, pode ser realizada semestralmente, contendo:

- I - os domínios de habilidades de aprendiz;
- II - os domínios de habilidades desenvolvimentais;
- III - os domínios de habilidades acadêmicas.

§ 1º Habilidades de aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade.



§ 2º Habilidades desenvolvimentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, habilidades sociais, entre outros;

§ 3º Habilidades acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritas no currículo escolar;

§ 4º A avaliação de que trata o *caput* deste artigo também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, desde que cubram os domínios constantes nos incisos do *caput* deste artigo.

Art. 31. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, de que trata o art. 30 desta Lei, podem ser escritos os programas de ensino, contendo os seguintes elementos:

I - habilidade-alvo planejada, a qual deve estipular a meta mínima aceitável de

aprendizagem; II - procedimento de ensino da habilidade-alvo;

III - frequência e temporalidade de implementação do programa de ensino;

IV - sistema de ajuda para emissão da habilidade-alvo combinado com modelo de retirada gradual, até o alcance da autonomia;

V - alvos do ensino de determinada habilidade;

VI - folhas de registro de tentativa que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, descrevendo quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade.

Art. 32. Todos os agentes escolares que atuam junto ao estudante devem conhecer e acessar o protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, que conterá ao menos as seguintes informações:

I - interesses e objetos;

II - elementos gatilhos para episódios de agressividade;

III - forma de lidar com comportamentos desafiadores, incluindo procedimentos emergenciais de intervenção física, quando houver necessidade;

IV - formato de comunicação com o estudante;

V - sistemas de Comunicação Alternativa utilizados para a inclusão, quando necessário;

VI - informações nutricionais e de saúde;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

VII - contatos da equipe terapêutica.

Art. 33. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar o Professor Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade ou avaliações deve ser justificada mediante os dados extraídos da avaliação prevista no art. 30 desta Lei.

Art. 34. O Programa de Apoio Pedagógico somente será colocado em execução com anuência dos pais ou responsáveis e, nas hipóteses viáveis, da própria pessoa com TEA, devendo seguir os seguintes requisitos mínimos:

I - elaboração em até trinta dias após o início das aulas com o estudante em fase inicial de escolarização em estabelecimento escolar, ou antes, do começo das aulas para o estudante já matriculado em estabelecimento escolar;

III - apresentação em reunião formal aos pais ou responsáveis, à equipe multidisciplinar e à pessoa com o TEA, quando possível, após finalizado;

IV - assinatura de concordância dos pais ou responsáveis e, sempre que possível da pessoa com TEA;

V - acesso aos pais, responsáveis e à pessoa com TEA, caso queiram, para estudo e realização de consultas profissionais externos, inclusive da equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa com TEA;

VI - apresentação de assentimento ou pedidos de mudanças do planejamento dos pais, responsáveis ou da pessoa com TEA, as quais poderão ser aceitas ou não pela equipe técnica;

VII - recebimento formal da cópia física ou digital do Programa de Apoio Pedagógico pelos pais ou responsáveis;

VIII - comunicação formal aos pais ou responsáveis e acerca de alterações realizadas nos programas de ensino, sendo-lhes entregues cópias físicas ou digitais de todos os novos programas.

§ 1º A assinatura, na forma do inciso IV do *caput* deste artigo, é requisito obrigatório para início da vigência do Programa de Acompanhamento Pedagógico.

§ 2º Caso os pais, responsáveis e a pessoa com TEA optem pelo acesso constante descrito no inciso V do *caput* deste artigo, será realizada nova reunião de anuência do Programa de Acompanhamento Pedagógico em até quinze dias.

§ 3º Caso não sobrevenha consenso em relação ao Programa de Acompanhamento Pedagógico, o Ministério Público do Paraná por intermédio do Conselho Tutelar será convocado para mediar o conflito, sendo autorizada a realização de nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou de equipe externa indicada.

Art. 35. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da Regional:

I - coordenar a avaliação do estudante com TEA bem como a elaboração do estudante;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

II - elaborar:

- a) os Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvimentais do estudante com TEA;
- b) o Protocolo de Conduta do estudante com TEA;
- c) s orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§ 1º A avaliação e a elaboração dos programas e protocolos devem ocorrer de forma multidisciplinar, sendo permitida a utilização de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante.

§ 2º O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos e processos de treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvimentais pertinentes ao estudante, bem como da análise mensal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando e de mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou ainda de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 36. Compete ao Professor Regente da sala de aula:

- I - elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante com TEA;
- II - adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 37. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

- I - pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;
- II - pranchas de Rotina Visual;
- III - aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;
- IV - sistema de Fichas;
- V - uso de estratégias motivacionais;
- VI - acompanhante especializado aos estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvimentais plenas na avaliação inicial;
- VII - outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante com TEA o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Subseção III

Da Clínica Escola

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no "TEA" e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do Transtorno do Espetro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II- Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV- Psiquiatra;

V-T. O;

VI- Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto

pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar

sozinho.

Art. 38. Estabelece as diretrizes para criação e implementação de Clínicas-Escola, para propiciar ensino escolar individualizado com tratamento clínico especializado para atendimento adequado à pessoa com TEA.

Parágrafo único. As Clínicas-Escola podem:

I – contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

II - prestar atendimento em fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias para tratamento de pessoas com TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas com TEA.

Art. 39. A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das Clínicas-Escola, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto no nesta Lei.

Subseção IV

Dos Convênios de Estágio

-Sugere às faculdades a criação do currículo TEA, a disciplina TEA, nos cursos de graduação, das universidades, públicas e privadas.

Art. 40. Estabelece diretrizes para a criação de convênios entre os estabelecimentos de ensino superior e a rede pública de educação, para atendimento de alunos com TEA.

Parágrafo único. Os convênios mencionados no *caput* deste artigo têm como objetivo a disponibilização de estagiários, em fase de estágio obrigatório, para atendimento como tutor ou profissional de apoio, priorizando-se estagiários dos seguintes cursos:

I - psicologia;

II - fisioterapia;

III - fonoaudiologia;

IV - nutrição;

V - medicina;

VI - enfermagem;

VII - demais profissões previstas nesta Lei.

Art. 41. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, devem estar em fase de estágio obrigatório, dependendo apenas do referido estágio para a obtenção do grau.

Art. 42. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, atuarão dentro de sala de aula, supervisionados por professor especialista em atenção ao aluno com TEA.

Paragrafo único. O professor supervisor de que trata o *caput* deste artigo deve avaliar os estagiários mensalmente.

Seção III

Saúde bucal

Art. 43. Institui o Programa TEAtenção da Saúde Bucal, tendo por objeto garantir a atenção e cuidados necessários e adequados para o tratamento da saúde bucal da pessoa com TEA, especialmente crianças e adolescentes autistas.

Art. 44. O Programa TEAtenção da Saúde Bucal será desenvolvido na rede estadual de saúde, com apoio de especialistas e de representantes de associações de pais de autistas, tendo como principais objetivos:

I - oferecer gratuitamente às pessoas com TEA tratamento de saúde bucal adequado às suas necessidades e com atendimento especializado às suas condições e peculiaridades comportamentais;

II - capacitar e especializar profissionais na área de saúde bucal para o devido atendimento das pessoas com TEA, em especial para crianças e adolescentes;

III - absorver e promover novas técnicas e procedimentos que possibilitem melhoria na qualidade de vida dos autistas e familiares.

Art. 45. O Estado pode firmar parcerias com entes públicos e privados para o alcance dos objetivos do Programa TEAtenção da Saúde Bucal.

Seção IV

Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA

Art. 46. Estabelece diretrizes para a criação do Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA.

-Direito ao mapeamento e aconselhamento genético, em caso de risco alto para o TEA

Art. 47. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA tem como objetivos: I - oferecer assistência integral às mulheres com TEA durante a gestação e após o parto;

II - reduzir o risco de complicações gestacionais e do parto;

III - promover o cuidado parental;

IV - garantir:

1. acesso a profissionais especializados no atendimento a gestantes com TEA;
2. o bem-estar e a saúde materno-infantil.

Art. 48. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA é composto por: I - acompanhamento:

1. pré-natal e pós-parto com equipe multidisciplinar especializada em TEA;
2. nutricional;
3. psicológico e psiquiátrico;

II - orientações e suporte para a criação dos filhos;

III - monitoramento da saúde da mãe e do bebê;

IV - exames e procedimentos médicos necessários.

Art. 49. Toda gestante com TEA é considerada de alto risco e será atendida levando-se em consideração o alto risco de sua gestação, visando reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil, facilitando o diagnóstico e acompanhamento.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 50. As gestantes com TEA serão encaminhadas ao Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA por meio da rede estadual de saúde ou poderão se inscrever voluntariamente.

Art. 51. A Secretaria competente deve fornecer durante o período de Pré-natal e Pós-parto todo o acompanhamento psicológico e psiquiátrico necessário à gestante com TEA, além do acompanhamento ginecológico, obstétrico e pediátrico fornecido pelo Sistema Único de Saúde.

§ 1º É obrigatória a elaboração conjunta de um plano de parto multidisciplinar, envolvendo o obstetra, o psicólogo e o psiquiatra.

§ 2º O acompanhamento psicológico e psiquiátrico da mulher com TEA e de seu filho será realizado até o segundo ano de vida da criança, em conjunto com o médico pediatra.

§ 3º O médico pediatra que acompanha o filho de mulher com TEA deve informar aos órgãos competentes caso constate que a criança apresenta sinais de TEA.

Art. 52. As mães de crianças com TEA têm direito à prioridade para atendimento psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO V

RESPONSABILIDADE DO ESTADO QUANTO À INFORMAÇÃO PÚBLICA RELATIVA AO TRANSTORNO E SUAS IMPLICAÇÕES

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 53. O Estado, em parceria com o município e instituições filantrópicas ou privadas, pode implantar cursos e

palestras gratuitos e pode criar campanhas educativas com os seguintes temas:

I - importância do diagnóstico;

II - terapias auxiliares;

III - manuseio;

IV - regularidade de estímulos;

V - desenvolvimento do paciente;

VI - cuidados básicos para evitar acidentes.

TÍTULO III

DO DIAGNÓSTICO

Art. 54. Institui a Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA, o Pré-Autismo, com o objetivo de promover a identificação precoce e o diagnóstico, das pessoas com TEA na primeira infância.

Art. 55. São diretrizes da Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA:

I - promoção:

a) da conscientização e divulgação de informações sobre o TEA e seus sintomas para a população em geral e, especialmente, para os profissionais que atuam com pessoas com TEA;

b) da articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social para garantir o atendimento integral e interdisciplinar às pessoas com sintomas do TEA ou Pré-Autismo e suas famílias;

II - capacitação dos profissionais que atuam com pessoas com TEA para a identificação precoce dos sinais e sintomas do TEA ou pré-autismo;

III - estímulo à pesquisa científica e ao desenvolvimento de tecnologias para a detecção, diagnóstico e tratamento do TEA;

IV) garantia do acesso a tratamentos e terapias específicas, de acordo com as necessidades de cada pessoa com TEA.

Art. 56. O Estado priorizará a implantação dos protocolos de prognóstico e diagnóstico precoce do TEA, por meio do trabalho de profissionais de saúde e de educação já contratados, de forma multidisciplinar.

§ 1º O protocolo para diagnóstico precoce do TEA deve observar se o paciente ou aluno está pontuando para deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por:

I - deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social;

II - ausência de reciprocidade social;

III - falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns;

IV - excessiva aderência a rotinas;

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

V - padrões de comportamentos ritualizados e interesses restritos e fixos.

§ 2º A triagem do desenvolvimento será realizada durante as consultas de rotina na primeira infância do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

§ 3º Os profissionais devem ser capacitados para aplicar instrumentos de triagem validados e específicos para a detecção de sinais e sintomas de TEA ou Pré-Autismo.

Art. 57. Para os efeitos desta Lei entende-se por diagnóstico precoce a identificação, nos alunos ou pacientes, dossintomas característicos do autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento, e, ainda que não se trate de conclusão médica definitiva, devem ser identificadas intervenções precoces.

§ 1º Os profissionais das áreas de saúde e educação devem ser capacitados para identificar e rastrear sinais de risco de autismo, conforme os mais atuais instrumentos disponíveis e aceitos pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º Para fins de Diagnóstico Precoce do TEA será observada a aplicação da Escala M-CHAT, um questionário de avaliação do paciente, conforme prática adotada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, conforme Anexo Único desta Lei.

§ 3º A avaliação de que trata o § 2º deste artigo deve ser respondida pelos pais ou responsáveis, devidamente acompanhados de um profissional de saúde, no primeiro atendimento de saúde da criança perante a rede de saúde pública ou privada.

§ 4º De forma periódica, devem ser efetuadas novas avaliações, até que a criança tenha completado dezoito meses de idade.

§ 5º Caso o resultado obtido no teste demonstre a necessidade de nova avaliação, o profissional deve encaminhar o paciente para atendimento especializado.

§ 6º Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização em relação ao conteúdo da presente Lei, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar apta ao exame dos formulários M-CHAT respondidos perante o Sistema de Saúde.

§ 7º O Estado pode fazer a inclusão no aplicativo de celulares smartphone Saúde Online Paraná do formulário M CHAT, para que pais ou responsáveis respondam o questionário, com seu imediato encaminhamento para a equipe multidisciplinar responsável, observando o local de residência do cadastro.

§ 8º O sistema eletrônico pode efetuar o envio prioritário dos questionários que, após análise por inteligência artificial, demonstrem chance de diagnóstico positivo.

§ 9º Caso o resultado do questionário indique diagnóstico positivo, o profissional responsável pela avaliação comunicará de imediato a necessidade de agendamento de acompanhamento com profissional especializado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 58. O Estado pode disponibilizar avaliação por equipe multiprofissional para rastreamento precoce de possíveis comportamentos autísticos ou diagnóstico precoce com vistas à intervenção precoce, à reabilitação e à atenção integral às necessidades da pessoa com TEA.

§ 1º A intervenção precoce, a reabilitação e a atenção integral citados no *caput* deste artigo devem ser decorrentes de atendimento especializados nas seguintes áreas:

I - neurologia;

II - psiquiatria;

III - psicologia;

IV - psicopedagogia;

V - psicoterapia comportamental;

VI - odontologia;

VII - fonoaudiologia;

VIII - fisioterapia;

IX - educação física;

X - musicoterapia;

XI - equoterapia;

XII - hidroterapia;

XIII - terapia nutricional;

XIV - terapia ocupacional.

§ 2º A avaliação por equipe multiprofissional é instrumento fundamental para o encaminhamento aos atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo, bem como para o planejamento e gestão das áreas de saúde, da educação e da assistência social.

§ 3º Para maior eficácia, os atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo podem ser fornecidos em clínicas, ambulatórios ou centros de referência em autismo, públicos ou privados, que disponham de todos os serviços integrados, para a realização do tratamento terapêutico singular da pessoa com TEA, em todas as fases da vida, podendo ser incluídas outras modalidades, conforme avaliação multiprofissional.

§ 4º A atenção integral às necessidades da pessoa com TEA de que trata o *caput* deste artigo pode incluir a distribuição gratuita de nutrientes, fraldas e medicamentos.

Art. 59. As ações de diagnóstico devem observar a intersectorialidade prevista nesta Lei, por meio de atuação conjunta entre o Estado do Paraná, municípios, Universidades Federais e Estaduais e outras instituições como fundações e associações.

Art. 60. Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar para a realização do diagnóstico.

TÍTULO IV

DOS DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do

atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 61. São direitos da pessoa com TEA:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer; II - a proteção contra qualquer forma de abuso, exploração e discriminação;

III - o acesso:

a) a medicamentos e exames médicos, quando necessário;

b) à informação com base em evidência científica que auxilie no seu diagnóstico, tratamento e educação; c) à educação e ensino profissionalizante;

d) à moradia;

e) à previdência social e à assistência social;

f) ao tratamento com base em evidência científica;

g) ao diagnóstico precoce;

IV – a participação em atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas ao seu protagonismo, realizada por meio de políticas afirmativas e sendo respeitadas suas limitações;

V - a acessibilidade nas instalações e serviços públicos, inclusive nos serviços eletrônicos com adaptações sonoras e visuais, a fim de evitar incômodos sensoriais;

VI - a garantia de proteção e assistência social necessária para a família, ou responsáveis pela pessoa com TEA, inclusive com atendimento psicológico especializado;

VII – a participação social das organizações da sociedade civil especializadas sobre o TEA, nos espaços consultivos, deliberativos, de fiscalização e articulação das políticas públicas sobre o tema.

Art. 62. A pessoa com TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, deve ser observado o que dispõem as normas federais aplicáveis.

CAPÍTULO I

MECANISMOS DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E CANAL DE DENÚNCIA

Art. 63. Para os efeitos desta Lei define-se discriminação contra as pessoas com TEA qualquer forma de distinção, recusa, restrição ou exclusão, inclusive por meio de comentários pejorativos, por ação ou omissão, seja presencialmente, pelas redes sociais ou em veículos de comunicação, que tenha a finalidade ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, o gozo ou o exercício dos direitos das vítimas.

Art. 64. Comprovada a prática, indução ou incitação de discriminação contra pessoa ou grupo de pessoas com TEA, os infratores ficam sujeitos às seguintes penalidades:

I - advertência escrita acompanhada de um folheto explicativo sobre o TEA, com o encaminhamento do infrator para participação em palestras educativas sobre o tema, ministradas por entidade pública ou privada de defesa de pessoas com TEA, bem como a possibilidade de atuação como voluntário nos Centros de Atendimentos às pessoas com TEA;

II - multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa física; III - multa no valor de 2.000 UPF/PR (duas mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa jurídica.

Art. 65. O gestor escolar ou autoridade competente que recusar de maneira discriminatória a matrícula de estudante com TEA fica sujeito às penalidades previstas na legislação vigente.

Art. 66. Institui o Disque Autismo, que consiste em um serviço de atendimento telefônico gratuito para o recebimento de denúncias de maus tratos e de descumprimento dos direitos da pessoa com TEA, bem como para orientação sobre o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA.

§ 1º O Disque Autismo também pode receber denúncias por meio de *sites* ou aplicativos de celular.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 2º As denúncias recebidas podem ser realizadas de forma anônima, garantindo-se o sigilo das informações, que devem ser encaminhadas aos órgãos competentes para as providências cabíveis.

Art. 67. O número de telefone do Disque Autismo será divulgado por meio de informativos a serem afixados em todas as unidades de ensino e de saúde, públicas e particulares e nos *sites* oficiais dos órgãos públicos estaduais.

CAPÍTULO II

DA RESERVA DE ASSENTOS ESPECIAIS NOS VEÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO INTERMUNICIPAIS

Art. 68. É obrigatória a reserva de assentos especiais nos veículos de transporte público intermunicipais para as pessoas com TEA que necessitam de atenção e cuidados especiais.

§ 1º Os assentos especiais devem estar localizados próximos às portas de entrada e de saída dos ônibus, para facilitar o acesso e desembarque dos passageiros.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 69. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a reserva de assentos especiais para pessoas com TEA.

Art. 70. O descumprimento do que estabelecem os arts. 68 e 69 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO III

DA REDUÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS

Art. 71. Os órgãos públicos podem reduzir a duração da jornada de trabalho dos servidores públicos que sejam pais ou detenham a curatela ou guarda legal de crianças com TEA, em até duas horas diárias, sem redução de vencimentos, a fim de acompanhá-los em consultas médicas e terapias multidisciplinares.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO IV

ANIMAL DE ASSISTÊNCIA EMOCIONAL - ESAN

Art. 72. Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

Art. 73. O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

Art. 74. O passageiro com TEA deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 75. É vedado o transporte de animal de assistência emocional em assento destinado a passageiros, devendo o animal ser acomodado em local apropriado e seguro no interior do veículo.

CAPÍTULO V

GRATUIDADE DE PASSAGENS

Art. 76. As pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência têm direito à gratuidade das passagens em ônibus intermunicipais e intramunicipais, desde que comprovada a condição de pessoa com TEA.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 77. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a gratuidade das passagens para pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência.

Art. 78. O descumprimento do estabelecido nos arts. 76 e 77 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO VI

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

Art. 79. Assegura a prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 80. Os órgãos previstos no art. 79 desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA.

Art. 81. O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

Parágrafo único. Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* deste artigo será aplicada em dobro.

Art. 82. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido no art. 79 desta Lei.

CAPÍTULO VII

GRATUIDADE DE INGRESSOS ESPORTIVOS

Art. 83. Assegura à pessoa com TEA gratuidade em eventos esportivos quando a equipe mandatária tiver sofrido as seguintes penalidades impostas pela Justiça Desportiva:

I - impedimento de realizar a partida com público;

II - perda de renda obtida com a partida.

§ 1º A gratuidade de que trata o *caput* deste artigo será estendida aos pais, cuidadores ou responsáveis da pessoa com TEA, limitada a no máximo dois acompanhantes por pessoa com TEA.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

CAPÍTULO VIII

COMPETIÇÕES PARAESPORTIVAS

Art. 84. Todas as competições paraesportivas realizadas, organizadas, patrocinadas ou apoiadas pela Administração Pública Direta ou Indireta do Estado do Paraná devem possuir categoria exclusiva para pessoas com o TEA com QI maior que 75.

Parágrafo único. No momento da competição, havendo apenas um paratleta presente para participar da categoria especificada, cabe ao indivíduo decidir se deseja que seja realizada a competição nesta categoria e a respectiva premiação.

CAPÍTULO IX

DO BANCO DE EMPREGOS

Art. 85. O Estado pode estabelecer critérios para a criação de banco de empregos para pessoas com TEA.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a criação e manutenção do banco de empregos para pessoas com TEA.

Art. 86. Os critérios para a utilização do Banco de Empregos podem ser definidos pelo Estado.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a devida consecução do Banco de empregos.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 87. As empresas com mais de cem empregados que recebem incentivos fiscais concedidos pelo Estado do Paraná devem destinar no mínimo dois por cento de suas vagas de trabalho para pessoas com TEA.

TÍTULO V

DAS OBRIGAÇÕES DOS PRIVADOS

CAPÍTULO I

DOS ESTÁDIOS

Art. 88. Obriga os estádios e arenas esportivas com capacidade igual ou superior a dez mil pessoas a fornecerem abafadores de ruídos para pessoas com TEA.

§ 1º O abafador de ruídos de que trata o *caput* deste artigo será fornecido no momento da entrada do evento, após a apresentação da Ciptea ou do laudo médico pericial que ateste o TEA.

§ 2º Os responsáveis pela realização de eventos ou gerenciamento de estádios e arenas, por iniciativa própria, podem criar espaços reservados e adaptados para pessoas com TEA, com cadastro, plano de sócio e relações comerciais especiais.

CAPÍTULO II

DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Art. 88. A pessoa com TEA não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 90. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde de suspenderem ou cancelarem, sem justa causa e sem prévio aviso, o fornecimento de seus serviços a consumidores com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 1º Considera-se justa causa, para os fins desta Lei, o previsto nas seguintes hipóteses:

I – inadimplência por parte do consumidor contratante por mais de 180 (cento e oitenta) dias

consecutivos; II – fraude por parte do consumidor contratante no diagnóstico que ateste o TEA;

III – encerramento da prestação de serviços de saúde pela operadora no âmbito do Estado do Paraná.

§ 2º O aviso prévio mencionado no *caput* deste artigo deve ser encaminhado aos pacientes e a seus responsáveis legais, mesmo nas hipóteses em que haja justa causa, por meio de sistema de comunicação que possibilite a comprovação de seu recebimento, com o prazo mínimo de noventa dias antes da suspensão ou cancelamento da prestação dos serviços.

Art. 91. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde a imporem carências ou custos abusivos para os consumidores com TEA em comparação aos planos ofertados aos demais usuários contratantes.

Art. 92. As operadoras de saúde que descumprirem o disposto nesta Lei ficam sujeitas à multa de no mínimo 100 UPF/PR (cem vezes a Unidades Padrão Fiscal do Estado do Paraná).

CAPÍTULO III

DA INCLUSÃO DE PESSOA COM TEA EM PONTOS TURÍSTICOS

Art. 93. Estabelece diretrizes para a inclusão de pessoas com TEA em pontos turísticos, hotelaria e similares, compreendendo albergues, *campings*, *hostels*, pousadas e *resorts*.

§ 1º Considera-se ponto turístico, para os fins desta Lei, o local de interesse onde os turistas visitam, tipicamente pelo seu valor natural ou cultural inerente ou exposto, significado histórico, beleza natural ou construída, proporcionando lazer e diversão.

§ 2º Considera-se hotelaria, para os fins desta Lei, a atividade de comércio que trabalha com o turismo de um modo geral e tem como finalidade atuar nas áreas de hospedagem, alimentação, segurança, entretenimento e outras atividades relacionadas ao bem-estar dos hóspedes, prezando sempre pela qualidade e pelo bom atendimento oferecido.

Art. 94. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem proporcionar às pessoas diagnosticadas com TEA as condições adequadas para inclusão, tais como:

I - salas de dessensibilização ou local para aliviar estímulos;

II - materiais para auxiliar no planejamento da visita – história social – que podem estar inseridos no seu *site*, por meio de *QR Code* ou por meio de material impresso;

III - banheiro família, para que a pessoa com TEA possa utilizá-lo acompanhada de um familiar ou responsável; IV

- placas de atendimento e vagas de estacionamentos prioritários, estampados com o símbolo mundial do autismo;

V - identificação de seus colaboradores para que possam melhor orientar as visitas.

Art. 95. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem:

I - capacitar e treinar seus colaboradores, por meio de empresas e profissionais capacitados por entidades especializadas em TEA;

II - aumentar, em cinquenta por cento, o número de vagas preferenciais reservadas para veículos de pessoas com deficiência.

Art. 96. Nos pontos turísticos, hotelaria e similares em que houver muitos estímulos de som alto devem estar dispostos, no acesso de entrada, placa informativa desta situação, bem como abafador de ruídos, para que a pessoa com TEA, em caso de necessidade, possa fazer uso.

TÍTULO VI

DO CENSO DE PESSOAS COM TEA E DE SEUS FAMILIARES

Art. 97. Cria o Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares (família nuclear) e seu cadastramento, com o objetivo de identificar, mapear e cadastrar o perfil socioeconômico e étnico cultural das pessoas com TEA e de seus familiares, com vistas ao direcionamento das políticas públicas desse segmento social, em especial visando saúde, educação, trabalho e lazer.

Art. 98. Com os dados obtidos por meio da realização do Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares será elaborado um cadastro com as seguintes informações:

I - quantitativas sobre os tipos e os graus de autismo no qual a pessoa com TEA foi diagnosticada; II - necessárias para contribuir com a qualificação, a quantificação e a localização das pessoas com TEA e de seus

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

familiares;

III - sobre o grau de escolaridade, nível de renda, raça e profissão da pessoa com TEA e de seus familiares.

Art. 99. O Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será realizado a cada quatro anos, devendo conter mecanismos de atualização mediante autocadastramento.

Art. 100. O sistema de gerenciamento e mapeamento dos dados contemplará, em sua composição, ferramentas de pesquisa básica e de pesquisa ampla para manuseio pelas Secretarias Estaduais de Saúde, de Educação, de Desenvolvimento Social e Família, de Desenvolvimento Urbano e da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, ou outras Pastas que as substituam, abrangendo os cruzamentos de informações quantitativas necessárias para a articulação e formulações de políticas públicas.

§ 1º Os dados obtidos por meio do Programa são inalteráveis e deverão ser transpostos para o sistema de banco de dados dos órgãos competentes.

§ 2º As estatísticas do cadastro deverão estar disponíveis, preservando-se os direitos invioláveis de sigilo, a fim de proteger as pessoas com TEA e suas famílias para que se possa mensurar a evolução e o georreferenciamento do transtorno na sociedade, bem como a resposta do Poder Público ao tratamento apropriado.

§ 3º Para assegurar a confidencialidade e o respeito à privacidade das pessoas com TEA e seus familiares, as informações contidas no Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares terão caráter sigiloso e serão usadas exclusivamente para fins estatísticos, não podendo ser objeto de certidão ou servir de provas em processo administrativo, fiscal ou judicial.

§ 4º Os dados do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser compartilhados com a administração municipal direta e indireta, bem como com os demais órgãos públicos federais, estaduais e municipais desde que justificada a necessidade pelo requerente, que assinará termo de responsabilidade quanto ao uso dos dados compartilhados.

§ 5º Os órgãos competentes poderão firmar convênio com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná – CRM/PR, ou outro conselho competente para o diagnóstico, para fins de estatística e cadastramento, que hospitais, clínicas e consultórios públicos e privados lhe informem quando diagnosticarem ou tomarem conhecimento de algum paciente com TEA.

Art. 101. A instituição ou órgão responsável pela elaboração e execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares empreenderá estudos para desenvolver outros indicadores de forma a subsidiar com dados estatísticos a melhoria da qualidade no tratamento da pessoa com TEA e, visando uma solução futura por meio de políticas públicas de incentivo específico, poderá informar:

I - a quantidade de profissionais especialistas disponíveis e imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

que atendem na rede pública e privada de forma georreferenciada na capital, região metropolitana e interior; II - qual o déficit de profissionais especializados.

Parágrafo único. Os profissionais especialistas imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo incluem neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, educadores físicos, entre outros.

Art. 102. As pessoas envolvidas na realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares devem ser capacitadas para atuar com pessoas com TEA por equipe multidisciplinar composta inicialmente por:

I - psicólogo;

II - assistente social;

III - psicopedagogo;

IV - fonoaudiólogo;

V - neurologista;

VI - psiquiatra.

Parágrafo único. O processo de capacitação de que trata o *caput* deste artigo será ministrado pela Secretaria Estadual de Saúde e orientado por entidades representativas do segmento da pessoa com TEA.

Art. 103. As estratégias definidas não elidem a adoção de medidas adicionais em âmbito local ou de instrumentos jurídicos que formalizem a cooperação entre os entes federados, podendo ser complementadas por mecanismos nacionais e municipais de coordenação e colaboração recíproca.

Art. 104. Para a execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser estabelecidos convênios e parcerias com órgãos públicos e entidades de direito público ou privado, de acordo com a legislação vigente.

Art. 105. O registro da pessoa com TEA no cadastro estadual proveniente do Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será feito mediante a apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Parágrafo único. A pessoa cadastrada poderá receber, por meio de requerimento à Secretaria de Desenvolvimento Social e Família, ou da Pasta que a substitua, carteira de identificação, com prazo de validade indeterminado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 106. Os critérios e procedimentos para a realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares serão definidos pelo Poder Executivo.

TÍTULO VII

DA UTILIZAÇÃO DO SÍMBOLO UNIVERSAL DA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O AUTISMO

Art. 107. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência; III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

§ 1º Para fins do cumprimento do disposto no inciso III do *caput* deste artigo, os custos ficam a cargo da concessionária ou permissionária do serviço de transporte público.

§ 2º Para fins do disposto no inciso V do *caput* deste artigo, considera-se banheiro família a instalação sanitária: I - com dimensões maiores do que uma cabine sanitária convencional;

II - destinada ao atendimento de crianças, de idosos, de pessoas com deficiência, ou de outras pessoas que necessitam de acompanhamento de terceiros.

§ 3º O descumprimento do disposto neste artigo sujeita os infratores às seguintes

penalidades: I - advertência por escrito na primeira autuação;

II - multa no valor de 50 UPF/PR (cinquenta vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

TÍTULO VIII

DOS SELOS

CAPÍTULO I

SELO ESCOLA AMIGA DO AUTISMO

Art. 108. Institui o Selo Escola Amiga do Autismo, o qual será concedido às escolas que contribuírem para a inclusão social de pessoas com TEA.

Art. 109. O Selo Escola Amiga do Autismo será concedido pelo Poder Executivo, mediante requerimento, às escolas que contribuírem para a inclusão social de funcionários e de alunos com TEA, promovendo a sua inserção na comunidade escolar, dando suporte e apoio para o trabalho e para o estudo.

Art. 110. São objetivos do Selo Escola Amiga do Autismo:

I - a inclusão das pessoas com TEA;

II - a conscientização da família, da sociedade e do Estado sobre a importância da inclusão social da pessoa com TEA;

III - outras medidas que visem a dar suporte e visibilidade à participação e inclusão social das pessoas com TEA na vida comunitária.

Art. 111. O Estado pode estabelecer prazo de validade do Selo da Escola Amiga do Autismo, podendo ser renovado indefinidamente mediante nova avaliação e vistoria.

Parágrafo único. Na hipótese de descumprimento dos critérios que autorizam a concessão do selo antes de expirar sua validade, o Estado pode cancelá-lo sumariamente.

Art. 112. O Estado pode credenciar instituição pública ou privada para avaliar os empreendimentos que pleitearem o Selo da Escola Amiga do Autismo e fiscalizar o fiel cumprimento dos critérios que autorizam a sua concessão.

Art. 113. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Escola Amiga do Autismo.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO II

SELO EMPRESA AMIGA DO AUTISMO

Art. 114. Institui o Selo Empresa Amiga do Autismo, o qual será concedido às empresas que adotem política interna de inserção no mercado de trabalho de pessoas com TEA, ou que contribuam com ações para defesa dos direitos dessas pessoas.

Art. 115. O Selo Empresa Amiga do Autismo será concedido pelo Estado, mediante requerimento, às empresas favoráveis à inclusão das pessoas com TEA, por meio da reserva de postos de trabalho específicos, da capacitação para o exercício de funções de maior remuneração e da promoção ou patrocínio de eventos culturais dirigidos a essas pessoas.

Art. 116. Os pontos turísticos e sistemas de hotelaria que tiverem seus colaboradores devidamente treinados e capacitados para atuarem com pessoas com TEA podem requerer o Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 117. São objetivos do Selo Empresa Amiga do Autismo:

I - enaltecer e homenagear os estabelecimentos empresariais que promovam a inserção no seu quadro de empregados de pessoas com TEA;

II - difundir a importância da adaptação nas empresas para a inserção das pessoas com TEA no quadro de empregados.

Art. 118. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 119. Os estabelecimentos empresariais participantes podem utilizar o Selo Empresa Amiga do Autismo para divulgar e promover a importância da inserção de pessoas com TEA no mercado de trabalho.

§ 1º O selo pode ser utilizado para fins de identificação dos estabelecimentos empresariais, podendo constar em documentos usados, nas correspondências da empresa, na *internet* e em propagandas;

§ 2º O selo pode ser emitido também nos produtos e em embalagens dos estabelecimentos empresariais, assim como em campanhas, publicações, *sites*, material de divulgação, veículos e meios de comunicação.

3º O prazo de participação e uso publicitário do Selo Empresa Amiga do Autismo, na forma do *caput* deste artigo, será

de dois anos, podendo ser renovado por iguais períodos, sempre condicionado a outras iniciativas que venham a ser adotadas pela empresa.

Art. 120. O Selo Empresa Amiga do Autismo não pode ser utilizado para validar os processos de qualidade de produtos ou serviços dos estabelecimentos empresariais.

Art. 121. O uso do Selo Empresa Amiga do Autismo é restrito aos estabelecimentos empresariais participantes, sendo intransferível o direito de uso.

Art. 122. O usuário do Selo Empresa Amiga do Autismo receberá uma cópia digital reproduzível do selo, juntamente com manual de cores e utilização.

Art. 123. O estabelecimento empresarial detentor do Selo Empresa Amiga do Autismo não está autorizado a fazer qualquer alteração gráfica na marca.

Parágrafo único. Alterações nas dimensões do Selo Empresa Amiga do Autismo são autorizadas desde que respeitem as proporções do tamanho, não distorçam, alterem ou danifiquem a figura do selo, mantendo-o legível.

TÍTULO IX

DAS DATAS ALUSIVAS AO TEA

Art. 124. Institui as seguintes datas alusivas ao TEA:

I - Dia de Conscientização do Autismo a ser realizado anualmente em 2 de abril;

II - Semana Azul a ser realizada anualmente entre os dias 1º a 7 de abril;

III - Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee a ser realizada na semana que compreender o dia 3 de janeiro.

Parágrafo único. As datas instituídas neste artigo passam a integrar o Calendário Oficial de Eventos do Estado do Paraná.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 125. O Dia de Conscientização do Autismo e a Semana Azul têm por finalidade:

- I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;
- II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;
- III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;
- IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;
- V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;
- VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 126. Durante todo o mês de abril os prédios públicos de propriedade ou administrados pelo Estado do Paraná devem ser iluminados com a cor azul.

Parágrafo único. Para efeitos desta Lei, consideram-se como prédios públicos do Estado do

Paraná: I - a sede do Poder Executivo;

II - a sede do Poder Legislativo;

III - as sedes dos órgãos da administração pública direta, indireta e das autarquias estaduais; IV - os prédios históricos administrados pelo Estado do Paraná.

Art. 127. A Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee tem por objetivos:

I - conscientizar a população sobre o impacto do *bullying* nas pessoas com TEA;

II - promover encontros com especialistas que atuam com práticas baseadas em evidências; III - incentivar práticas clínicas e educacionais baseadas em evidências;

IV - conscientizar a população para que a pessoa com TEA seja tratada como cidadão ativo; V - apoiar as famílias das pessoas com TEA.

Art. 128. Durante a Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

com TEA – Semana Amy Lee podem ser realizadas as seguintes atividades:

I - palestras;

II - debates;

III - seminários;

IV - audiências públicas;

V - propagandas publicitárias;

VI - distribuição de folhetos e cartilhas informativos;

VII - capacitação de servidores públicos para atendimento de pessoas com TEA.

TÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 129. Veda a aplicação de multa por perturbação sonora a estabelecimentos que prestam atendimento a pessoas com deficiência intelectual ou com TEA, quando a origem da perturbação sonora se dê em razão dos sons ou ruídos de fala resultantes da forma de comunicação e expressão dos deficientes.

Art. 130. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 131. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista de apoio à pessoa com TEA não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas com TEA.

Art. 132. O Estado do Paraná pode promover cursos de capacitação e de formação para os servidores que atuam na área de segurança pública, voltados ao atendimento de ocorrências envolvendo pessoas com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Saete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 133. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 134. Revoga as seguintes Leis:

I - nº 17.555, de 30 de abril de 2013;

II - nº 19.025, de 17 de maio de 2017;

III - nº 19.590, de 10 de julho de 2018;

IV - nº 19.876, de 3 de julho de 2019;

V - nº 19.923, de 30 de agosto de 2019;

VI - nº 20.043, de 3 de dezembro de 2019;

VII - nº 20.371, de 27 de outubro de 2020;

VIII - nº 20.379, de 19 de novembro de 2020;

IX - nº 20.430, de 15 de dezembro de 2020;

X - nº 21.432, de 19 de abril de 2023.

Curitiba, de de 2023.

XXXXX

Deputado(a) Estadual

ANEXO ÚNICO

Questionário (Escala M-CHAT-R)

Responda estas perguntas sobre sua criança. Lembre-se de como sua criança se comporta habitualmente. Se você observou o comportamento algumas vezes (por exemplo, uma ou duas vezes), mas sua criança não o faz habitualmente, então responda "Não". Por favor, responda Sim ou Não para cada questão.

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado do cômodo, sua criança olha para o que você está apontando? (Por exemplo: se você apontar para um brinquedo ou um animal, sua criança olha para o brinquedo ou animal?)	() Sim () Não
2. Alguma vez você já se perguntou se sua criança poderia ser surda?	() Sim () Não
3. Sua criança brinca de faz-de-conta? (Por exemplo, finge que está bebendo em um copo vazio ou falando ao telefone, ou finge que dá comida a uma boneca ou a um bicho de pelúcia?)	() Sim () Não
4. Sua criança gosta de subir nas coisas? (Por exemplo: móveis, brinquedos de parque ou escadas)	() Sim () Não
5. Sua criança faz movimentos incomuns com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos?)	() Sim () Não
6. Sua criança aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, aponta para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance?)	() Sim () Não
7. Sua criança aponta com o dedo para lhe mostrar algo interessante? (Por exemplo, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na estrada?)	() Sim () Não
8. Sua criança interessa-se por outras crianças? (Por exemplo, sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	() Sim () Não
9. Sua criança mostra-lhe coisas, trazendo-as ou segurando-as para que você as veja – não para obter ajuda, mas apenas para compartilhar com você? (Por exemplo, mostra uma flor, um bicho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo?)	() Sim () Não

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Saete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

<p>10. Sua criança responde quando você a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia ou para o que está fazendo, quando você a chama pelo nome?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>11. Quando você sorri para sua criança, ela sorri de volta para você?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>12. Sua criança fica incomodada com os ruídos do dia a dia? (Por exemplo, sua criança grita ou chora com barulhos como o do aspirador ou de música alta?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>13. Sua criança já anda?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>14. Sua criança olha você nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>15. Sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, dá tchau, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, sua criança olha em volta para ver o que é que você está olhando?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>17. Sua criança busca que você preste atenção nela? (Por exemplo, sua criança olha para você para receber um elogio ou lhe diz “olha” ou “olha para mim”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>18. Sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “ponha o livro na cadeira” ou “traga o cobertor”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>19. Quando alguma coisa nova acontece, sua criança olha para o seu rosto para ver sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para o seu rosto?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>20. Sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser balançada ou pular nos seus joelhos?)</p>	<p>() Sim () Não</p>

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

JUSTIFICATIVA

Justificativa:

O BRASIL TEM 18,6 MILHÕES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, CERCA DE 8,9% da população, segundo IBGE dados atualizados em 07/07/2022 dentre essas deficiências estão aproximadamente 2% da população brasileira, ou seja aproximadamente 6 milhões de pessoas que estão no TEA-transtorno do espectro do Autismo. A população com deficiência tem menor acesso à educação, trabalho e renda, os maiores percentuais da população com deficiência em 2022 foram entre mulheres, pessoas autodeclaradas pretas e na região Nordeste. Essa política vai de encontro com o Tratado de Nova Yorke a Convenção da ONU, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional, que o Brasil firmou. A proposta dessa política é que a convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à

educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade e deve ser elaborado com a participação de mais da sociedade civil, governos, estadual e municipal. Com os números expressivos de autistas no Brasil, objetiva-se com a criação em caráter de urgência de uma Política Estadual que contemple o indivíduo no espectro, tanto uma política de educação especial, que o Brasil não tem, quanto as da saúde que são ineficazes até o presente momento. Assim essa Política Pública de inclusão social tem como objetivo desenvolver ações de participação social e de combate à desigualdade, exclusão ou restrição que impedem o exercício de direitos em equidade de condições para os indivíduos que estão no espectro do autismo.

Objetiva-se instituir o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA, promovendo a consolidação de onze leis estaduais atualmente vigentes, bem como de diversas proposições que tratam sobre o tema e que estão em trâmite nesta Casa.

O processo de consolidação de leis é disciplinado pelo *caput* do art. 22 da Lei Complementar nº 176, de 11 de julho de 2014, o qual prevê:

Art. 22. A consolidação consistirá na integração de todas as leis pertinentes à determinada matéria em um único diploma legal, revogando-se formalmente as leis incorporadas, sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados.

Este Código, dentre outros assuntos, reúne toda a matéria relativa às pessoas com TEA: direitos, deveres, diretrizes para formulação e implementação da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, obrigações dos privados, censo, utilização do símbolo universal sobre a conscientização sobre o autismo, instituição de selos, datas alusivas,

Por consequência, a reunião de toda legislação esparsa e dos projetos de lei que, caso aprovados, constituiriam leis autônomas sobre o autismo, tem o intuito de facilitar a pesquisa, acesso, conhecimento e, por consequência, aplicação de seus dispositivos ou busca dos direitos da pessoa com TEA perante todos os órgãos e instâncias competentes.

O presente Código possui relevância para a toda sociedade e para o Poder Público Estadual, enquanto responsável por importantes políticas públicas para a pessoa com TEA.

Desta forma, disciplinar os direitos das pessoas com TEA, bem como os deveres do Estado e da sociedade para com essas pessoas, é uma forma de garantir dignidade, inclusão social e acolhimento tanto para as pessoas com TEA quanto para as suas famílias.

DEPUTADO EVANDRO ARAUJO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA ANA JÚLIA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:44, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MABEL CANTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ FERNANDO GUERRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO THIAGO BUHRER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCIO PACHECO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BAZANA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:48, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCEL MICHELETTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:49, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALEXANDRE AMARO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:51, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:52, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARCIA HUÇULAK

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO FABIO OLIVEIRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:56, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TERCÍLIO TURINI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:19, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:21, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ANIBELLI NETO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:24, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALISSON WANDSCHEER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GOURA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:43, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MOACYR FADEL

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 12:11, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIS RAIMUNDO CORTI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:10, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

MARIA VICTORIA BORGHETTI BARROS

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:40, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BATATINHA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CLOARA PINHEIRO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 16:18, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:16, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO TITO BARICHELLO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILSON DE SOUZA

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 12:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ARILSON CHIORATO

Documento assinado eletronicamente em 25/08/2023, às 16:04, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PAULO GOMES

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 09:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:07, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADÃO LITRO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO REQUIÃO FILHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARLI PAULINO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:35, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CRISTINA SILVESTRI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:50, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA FLÁVIA FRANCISCHINI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:57, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TIAGO AMARAL

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:59, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO JACOVÓS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NELSON JUSTUS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:08, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PROFESSOR LEMOS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:09, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO SOLDADO ADRIANO JOSE

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:27, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MATHEUS VERMELHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NEY LEPREVOST

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:34, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO COBRA REPORTER

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DENIAN COUTO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GUGU BUENO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:49, conforme Ato da
Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 710 e o
código CRC 1A6D9B2B7A9B7CF

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11575/2023

Informo que esta proposição foi apresentada na **Sessão Ordinária do dia 28 de agosto de 2023** e foi autuada como **Projeto de Lei nº 710/2023**.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:30, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11575 e o código CRC 1B6D9B3C2F4F7BE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11576/2023

Informo que, revendo nossos registros em busca preliminar, constata-se que a presente proposição não possui similar nesta Casa.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:41, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11576 e
o código CRC 1A6F9C3F2F4F8DC

SUGESTÕES PARA PL TEA:

- Criar um PL proibindo que a verba pública seja destinada ao que não tem comprovação científica da sua eficácia, tanto na saúde como na educação, isso proteja o brasileiro de ser explorado por charlatões, picaretas que se aproveitam da vulnerabilidade das famílias para vender tratamentos e terapias que não tem eficácia alguma. A ciência faz os experimentos necessários, nós não precisamos submeter a população a isso. Hoje temos disponibilizado pelo SUS práticas integrativas, mesmo sendo destinada só para experimentos, elas estão no rol da ANS, não pode, é um risco, um exemplo foi a constelação familiar que mês passado foi condenada pela ONU.

-CRIAR UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO INCLUSIVO:

DICAS:

Podemos criar nosso “SISTEMA INCLUSIVO” para todas as Pessoas?

Sim, não precisamos esperar uma lei específica pra fazer o que é necessário e está ao nosso alcance, as que temos já são suficientes.

Os municípios tem autonomia pra criar suas normativas e regras na educação;

-Existem modelos que estão mudando a realidade da educação no brasil, ex: Estado do Pará, a universidade tem um modelo de PEI baseado nas melhores práticas com evidência, em Sta, Catarina tem um CMEI baseado em aba.

LINKS, TUDO GRATUÍTO QUE PODEMOS UTILIZAR SEM MEDO DE SER FELIZ:

Não vamos encontrar textos orientadores na educação Inclusiva, mas tem uma saída:

- **LBI 13.146/15- seus artigos 27 ao 30;**
- BNCC-adaptações de currículo;**
- Eca, assegura as adaptações para os alunos com dificuldade de aprendizagem;**
- **Lei 12.764/12- todos os direitos dos autistas**

-AUTISMO COMPREENÇÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

<https://drive.google.com/file/d/1eYFrTxOsrFxoTNXTmi9fCz9yY9D52vys/view?usp=sharing>

-Legislação Jurisprudência e Políticas Públicas

<https://drive.google.com/file/d/11pwq6i9tyvt79uGqfyqR8dqZ5OmdsOG4/view?usp=sharing>

-Coletânea ANEC

https://drive.google.com/file/d/11vpp-AISqnuJWIK3USt2ozE6hv6_I0Ca/view?usp=sharing

-CASP-Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o TEA

<https://drive.google.com/file/d/10cezzqWJr7-R5WyG-NiKLFR-XDf0XQlc/view?usp=sharing>

B.F. Skinner P/ M^a Martha Hubner(documentário-ABA)

Skinner e a Análise do Comportamento

https://youtu.be/0Hn9dN1_W4U

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

Paulo Liberalesso

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

Lucelmo Lacerda

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO:

Elyse Matos

Marlla Mendes



**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda

1ª edição



Curitiba - PR - 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Autores: Paulo Liberalesso
Lucelmo Lacerda

Organização: Elyse Matos
Marlla Mendes

Revisão: Maria Alice Mendes

Projeto gráfico, capa e diagramação: Marcos Venicius Valentin
Supervisão: Elyse Matos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Liberalesso, Paulo

Autismo : compreensão e práticas baseadas em evidências [livro eletrônico] / Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda. -- 1. ed. -- Curitiba : Marcos Valentin de Souza, 2020.

PDF

"Movimento Capricha na Inclusão".

Bibliografia

ISBN 978-65-00-12458-3

1. Autismo 2. Autismo - Diagnóstico 3. Autismo - Pacientes 4. Evidências I. Lacerda, Lucelmo.
II. Título.

20-49360

CDD-616.8982

NLM-WM 203

Índices para catálogo sistemático:

1. Autismo : Medicina 616.8982

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Esta obra não é vendida. Ela faz parte de um projeto educativo, sem fins lucrativos. Todos os direitos reservados.



contato: caprichanainclusao@gmail.com

PREFÁCIO

Há 60 anos: “O fato de que uma média de não mais de 8 pacientes por ano possa ser diagnosticada, com razoável certeza, com autismo (em um período de vinte anos), em um centro de referência como esse, sugere que **esse é um transtorno muito infrequente** especialmente se considerarmos que são referidos de toda a América do Norte.”

Leo Kanner, “The specificity of early infantile autism”, Acta Paedopsychiatrie, 1958.

Hoje: Prevalência de Transtornos do Espectro do Autismo = 1 para cada 54 crianças.

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. Surveillance Summaries, Março 27, 2020 / 69(4); 1-12.

“Como podes dizer que o Autismo deve ser considerado um problema prioritário de saúde pública no Brasil quando ninguém nem sabe quantos autistas existem no país?”

Relato pessoal: conversa entre o Dr. Carlos Gadia e representante do Ministério da Saúde (2012).

É um prazer e uma honra para mim poder fazer o prefácio dessa primeira cartilha do movimento **Capricha na Inclusão**. Visa proporcionar informação de qualidade e difundir as práticas baseadas em evidências no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), de modo a permitir o fomento e criação de políticas públicas a partir de dados cientificamente comprovados.

O texto é de fácil compreensão, para facilitar a sua utilização por todos aqueles interessados que não sejam, obrigatoriamente, especialistas no assunto, mas que possam desempenhar um papel importante na elaboração de políticas públicas sobre o TEA. Os autores, dois dos maiores especialistas em TEA no Brasil, utilizam-se de exemplos para facilitar o entendimento de definições, classificações e intervenções, cuja compreensão é imprescindível para uma avaliação mais criteriosa da enorme quantidade de material que tem sido publicado (livros, capítulos, artigos e media social) a respeito do TEA nas últimas décadas.

Na primeira parte da cartilha, o Dr. Paulo Liberalesso, um dos mais reconhecidos neuropediatras especialistas em TEA do país, nos fala sobre as “Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas no Transtorno do Espectro Autista”. Faz uma excelente revisão histórica do termo autismo e das diferentes classificações desse transtorno desde o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), em 1952, até chegar ao nosso presente entendimento a cerca do Transtorno do Espectro do Autismo, assim definido pelo DSM-5, em 2013. Os distintos critérios são documentados e o autor nos brinda com comentários pessoais a respeito de cada um deles, nos permitindo uma compreensão mais clara da neurofisiologia específica. Os diferentes níveis (1, 2 e 3), definidos a partir do DSM-5 (2013), também são detalhados com clareza.

A seguir, na segunda parte da cartilha, o Professor Lucelmo Lacerda (doutor e pós-doutor em Educação e Educação Especial), um dos maiores estudiosos do autismo e inclusão escolar no país e um dos criadores do **Capricha na Inclusão**, faz um breve mas muito útil comentário a respeito do que pode ser definido como evidência científica, em seus diferentes níveis. Logo após, nos oferece uma extensa e criteriosa revisão de todas as intervenções baseadas em evidência, no que diz respeito ao TEA. Utiliza, para tanto, os resultados da mais recente publicação sobre o tema: o “*Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*”, pela *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice*, em Maio de 2020. Cada uma das 28 práticas baseadas em evidências são descritas e o autor adiciona, ao final de cada item, um artigo representativo das referidas práticas, conduzindo, assim, a uma melhor compreensão dessas intervenções.

Enfim, esta Cartilha, com certeza, se tornará indispensável para todos aqueles que almejem alcançar entendimento com suporte do ponto científico a respeito do TEA, e um elemento de grande valia para as pessoas com a responsabilidade de sugerirem ou criarem políticas públicas voltadas a esse Transtorno, que é considerado como um “Problema de Saúde Pública Mundial” pela OMS.

Acreditamos ser uma enorme contribuição do **Capricha na Inclusão** para esse espaço, ainda pouco aproveitado, da interface entre ciência e políticas de saúde e educação públicas no Brasil, que tanto poderá contribuir para a comunidade de milhões de famílias de pessoas com autismo e, de uma maneira mais ampla, de pessoas com deficiências, em geral, no nosso país.

Carlos Gadia, MD

Associate Director, Dan Marino Center - Nicklaus Children’s Hospital - USA;
Clinical Assistant Professor, Department of Neurology University of Miami Miller School of Medicine;
Clinical Associate Professor of Neurology, Herbert Wertheim College of Medicine - Florida International University;
Clinical Assistant Professor of Pediatrics - Nova Southeastern University;
Diretor Médico - TISMOO Biotech Company;
Diretor Médico - Membro do Board - Instituto ICO Project - Curitiba - Brasil.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Há, aproximadamente, cinco anos eu conheci uma criança...
E eu me lembro daquele dia como se fosse ontem pela manhã...
Eu me lembro do que foi dito e do que não foi possível dizer...
Eu me lembro do rosto dos pais... eu me lembro dos gestos...
Eu me lembro daquela criança andando pelo consultório...
Uma criança linda e que não podia falar...
Ele parecia não compreender exatamente o nosso mundo...
Ele parecia preferir viver no mundo dele...
Talvez o nosso não fosse bom o suficiente...
Com o tempo, pude conhecer seu sorriso fácil e contagiante...
Pude conhecer aqueles olhos claros e seu olhar puro...
O olhar carismático que só encontramos em almas boas...
Com o tempo, as primeiras palavras foram surgindo...
Ele passou a compreender melhor o nosso mundo...
A cada dia que passava ele parecia estar mais próximo de nós...
Obrigado Joaquim... você tem sido uma inspiração para mim...
Inspiração para estudar mais, compreender mais, ajudar mais...
Por algum motivo, naquela manhã, teus pais te levaram para mim...
Sei que ainda temos um longo caminho juntos para percorrer...

Paulo Liberalesso

PALAVRA COM A PESSOA AUTISTA

Considero o início de minha trajetória como um autista ativista no momento em que defini como objetivo contribuir para a comunidade do autismo. Os desafios são muitos e, sem dúvidas, um dos maiores é compreendermos o autismo como uma condição espectro, que revela infinitas possibilidades e necessidades de apoio. Logo percebi que, para melhor compreender os problemas e pensar como contribuir, precisaria estar inserido na comunidade, entendendo as necessidades, de extremidade a extremidade, do espectro amplo do autismo.

Conhecer melhor a comunidade do autismo foi algo extremamente prazeroso e enriquecedor. Pude me aproximar de outros autistas semelhantes a mim, ao mesmo tempo em que pude notar o quanto um autista pode ser diferente de mim. Também pude conhecer inúmeras mães e pais e seus filhos que, através de suas palavras e atitudes, deram-me a oportunidade de entender melhor o que comumente é chamado de amor – mas dessa vez, sob uma perspectiva fora do senso comum: uma perspectiva atípica, de quem não tem outra opção senão lidar com todos os desafios sociais e exaustão que o autismo pode trazer.

Todas essas pessoas com autismo que conheci e ainda conhecerei têm o direito de se desenvolverem, pois trata-se de um direito humano fundamental. O sonho pela plenitude de desenvolvimento é movido pelo amor, mas pode apenas ser garantida quando combinada com eficiência – e a eficiência, conseguimos através das práticas baseadas em evidências.

William Chimura

Pessoa Autista, diagnosticado com Síndrome de Asperger (TEA), presidente da AUTINC (Autistas pela Inclusão), programador, youtuber e mestrando em Informática para Educação pelo IFRS. Conduz pesquisas que investigam como artefatos tecnológicos (aplicativos e jogos) podem contribuir para avaliação e aprendizagem de crianças com TEA.

INTRODUÇÃO

Este primeiro livro organizado pelo Movimento Nacional **Capricha na Inclusão** tem o objetivo de informar gestores públicos, políticos e professores sobre as práticas baseadas em evidências na intervenção no autismo. Embora escrito com rigor técnico, sua linguagem permite o entendimento também daqueles não afetos à temática.

Se por um lado, o indivíduo com autismo tem o direito de se beneficiar de intervenções que possam, efetivamente, resultar na melhora em sua qualidade de vida, por outro lado, é dever do poder público construir políticas públicas que visem resultados concretos, priorizando a utilização dos recursos públicos com intervenções de eficácia científica comprovada.

Assim, é com muita satisfação que damos início a nossa série de livros informativos.

Agrademos imensamente a preciosa colaboração do neuropediatra Dr. Paulo Liberalesso e do professor Dr. Lucelmo Lacerda na autoria do livro.

Agradecemos, ainda, ao neuropediatra Dr. Carlos Gadia pelo importante prefácio, e ao presidente da AUTINC “autistas pela inclusão”, William Chimura pela significativa nota de apoio.

Esperamos que nossos livros sirvam de norte ao entendimento do que é eficaz e seguro em matéria de intervenção no autismo.

Elyse Matos

Advogada, mestre em direito francês, europeu e do comércio internacional pela Sorbonne Université (Paris II), certificada em empreendedorismo e inovação pela Stanford University, fundadora do Instituto Ico Project e membro do Movimento Capricha na Inclusão.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

por Paulo Liberalesso

Fundamentos históricos

O termo “autismo” foi utilizado, pela primeira vez, em 1908 pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler para descrever pacientes com sintomas que ele julgava semelhantes àqueles observados na esquizofrenia. Bleuler nasceu em 1857, na pequena cidade de Zollikon, estudou Medicina e Psiquiatria e, em 1898, assumiu a cátedra de Psiquiatria da Universidade de Zurique, transformando-a em uma referência mundial no estudo das doenças mentais.

Neste período, nomes como Carl Gustav Jung e Eugène Minkowski trabalharam como seus assistentes, documentando seu grande prestígio à época. O livro “A psicologia da demência precoce,” publicado em 1906 por Jung, teria forte influência sobre o pensamento de Bleuler, que neste mesmo ano começaria a utilizar, em suas obras, o termo “esquizofrenias” (no plural), demonstrando sua ruptura com o clássico pensamento kraepeliniano (Emil Kraepelin), uma vez que ele acreditava que esta não se tratava de uma doença única mas, sim, de um grupo de doenças com um núcleo psicopatológico semelhante.

Em 1911, Bleuler publica sua monografia intitulada “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”, uma obra clássica na História da Psiquiatria. É justamente neste contexto que Bleuler

construiu e fundamentou seu pensamento de que o “autismo” faria parte de um grupo maior de psicopatologias, incluindo-o como “algo semelhante à esquizofrenia”^{1,2}, equívoco conceitual que posteriormente seria corrigido pelas novas descobertas da Psicologia, da Psiquiatria e da Neurologia. Bleuler estudou as neuroses, o alcoolismo, os distúrbios da sexualidade e muitos outros temas, frequentemente influenciado por Sigmund Freud. Reconhecido como um homem extremamente culto, ele conhecia poesia, literatura clássica e estudava os fenômenos da natureza. Faleceu em julho de 1939, em sua cidade natal.

Em 1943, o psiquiatra alemão Leo Kanner publica o clássico artigo “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, descrevendo 11 crianças que apresentavam uma “tendência ao isolamento e um intenso desejo pela mesmice”. Este artigo é considerado, historicamente, um dos mais importantes no estudo do transtorno do espectro autista (TEA)³. Kanner nasceu em 1896, em uma pequena cidade austro-húngara chamada Klekotow e estudou Medicina e Psiquiatria, tendo se formado na Universidade de Berlim. No mesmo ano de sua formatura, Kanner emigrou para Dakota do Sul, nos Estados Unidos, onde iniciou a carreira de médico. Considerado um grande estudioso dos distúrbios mentais, aos 34 anos fundou o Departamento de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário Johns Hopkins, em Baltimore. Kanner atuou como diretor deste Departamento até se aposentar, em 1959, mas teve uma vida profissional intensa e academicamente produtiva até sua morte por insuficiência cardíaca, em 1981, aos 87 anos⁴.

Em 1944, o pediatra austríaco Johann “Hans” Friedrich Karl Asperger publicou o artigo “A Psicopatia Autista da Infância”, descrevendo pacientes com sinais e sintomas semelhantes aos observados por Kanner, mas destacando que parte deles apresentava um interesse intenso e restrito por assuntos específicos. Embora Asperger tenha escrito mais de 300 artigos a respeito do que ele denominava “psicopatia autística”, seus textos passaram praticamente despercebidos pela comunidade acadêmica mundial, sendo seu valor reconhecido apenas postumamente. Toda sua produção científica, evidentemente redigida no idioma alemão, fica-

ria praticamente desconhecida até o início da década de 1980, quando começaria a ser traduzida para o Inglês.

Nos últimos anos, historiadores têm associado, repetidamente, Hans Asperger ao regime nazista. E, de fato, sabe-se que ele ocupava uma alta posição de comando sobre outros médicos judeus, e há dados que sugerem fortemente que ele teria atuado no envio de pelo menos duas crianças com deficiência para clínicas de pesquisa e extermínio, como a de Am Spiegelgrund, onde eram realizados experimentos com seres humanos. Suas frequentes demonstrações de lealdade ao regime nazista e cooperação com os programas de eutanásia infantil conferiram-lhe promoções na carreira médica, além de prestígio entre os membros do partido nazista^{5,6}.

Nota explicativa: Am Spiegelgrund era uma clínica localizada em Viena, que funcionou durante a Segunda Grande Guerra Mundial, como parte do Hospital Psiquiátrico Am Steinhof, onde centenas de pacientes, a maioria crianças, foram mortos nos programas de eutanásia infantil fomentados pela Alemanha nazista⁷. Nesta clínica, e em diversas outras, crianças, adolescentes e jovens com deficiências eram submetidos a abusos psicológicos, físicos e à fome extrema como parte de pesquisas médicas. Ao término dos experimentos, os que haviam sido capazes de sobreviver eram, então, assassinados com a administração de injeção letal, exposição a gases tóxicos ou inanição. Centenas de cérebros humanos foram encontrados, armazenados neste hospital para “estudos futuros”^{5,6}.

O nome Lorna Wing está marcado na História da Medicina e não poderíamos ignorar a enorme contribuição desta psiquiatra inglesa ao autismo. Mãe de uma garota com autismo, Lorna e seu marido John nada conheciam a respeito do transtorno, até o nascimento da filha Susie, em 1956. Impulsionada pela necessidade de adquirir conhecimento a respeito do tema, ela realizou ampla pesquisa científica no campo do desenvolvimento humano socioemocional e, posteriormente, no campo do autismo propriamente dito.

Juntamente com um grupo de pais de crianças portadoras do TEA, Lorna fundou, em 1962, no Reino Unido, a National Autistic

Society. É importante lembrarmos que naquele momento predominavam as ideias impulsionadas pela psicanálise, pelos trabalhos de Kanner (que citou diversas vezes a “participação dos pais emocionalmente ausentes na origem do quadro evasivo de comportamento das crianças autistas”) e pelos estudos de Bruno Bettelheim, grande responsável por difundir o terrível conceito da “mãe geladeira”, atribuindo a essas mulheres o isolamento social de seus filhos.

Bettelheim era um judeu austríaco, que durante a Segunda Guerra Mundial foi enviado ao campo de concentração de Buchenwald, onde observou, durante longos períodos, o comportamento de seres humanos submetidos a condições extremas de crueldade, abusos e inanição forçada. Infelizmente, estas observações lhe serviriam de base para a elaboração de suas teorias a respeito do autismo. Bettelheim foi acusado de citar uma falsa proximidade com Freud (com quem, na verdade, não mantinha qualquer laço de amizade), de maltratar seus pacientes autistas, criar dados científicos fictícios e fantasiar teorias sem nenhuma sustentação científica. Ele cometeu suicídio em 1990, aos 86 anos^{8,9}.

Mas, retornando à psiquiatra Lorna Wing, devemos lembrar que ela foi uma das primeiras médicas que destacou a importância da contribuição genética para a origem do autismo, tendo inclusive realizado pesquisas de campo nesse sentido, além de lhe ser atribuída a introdução do termo “síndrome de Asperger” no ano de 1976¹⁰.

Fundamentos para o diagnóstico do TEA

O “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM) é um livro editado periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria, utilizado pelos profissionais de saúde nos Estados Unidos - e na maior parte dos países do mundo - como um norteador para o diagnóstico das condições neuropsiquiátricas. No DSM, constam os critérios clínicos, sinais e sintomas necessários para o diagnóstico de cada transtorno mental, sendo um uniformizador de termos e conceitos para os profissionais de saúde ao redor do mundo. Além de sua aplicação na prática clínica diária, o DSM também é importante para que pesquisadores pos-

sam compreender, de modo preciso, os termos utilizados em pesquisas clínicas.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” (DSM-I), classificando o autismo como um subgrupo da esquizofrenia infantil. Na edição seguinte, o DSM-II (1968), o autismo permanece classificado como parte integrante das doenças psiquiátricas. Somente por ocasião do DSM-III (1980), o autismo passa a ser reconhecido como uma entidade distinta, sendo classificado entre os transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), juntamente com a síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e os transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra classificação¹¹. Em 1994, o DSM-IV passa a descrever, de forma detalhada, os critérios para os diagnósticos dos TID e inclui a síndrome de Asperger como um diagnóstico específico. O conceito de TID surgiu na literatura científica no final da década de 1960 e embasado, principalmente, nos trabalhos publicados por M. Rutter, I. Kolvin e D. Cohen, não sendo mais um termo rotineiramente utilizado^{12,13}.

A última edição do DSM-5 (2013) trouxe grandes modificações na estrutura diagnóstica do autismo, uma vez que aboliu o termo “transtorno global do desenvolvimento”, transferiu a síndrome de Rett para outro capítulo e reuniu, sob a nomenclatura de “transtorno do espectro autista,” os termos autismo, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação¹⁴.

Segundo as diretrizes do DSM-5, os critérios para o diagnóstico do TEA foram divididos em dois grandes grupos: (a) déficits persistentes na comunicação e na interação social verbal e não verbal em múltiplos contextos e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que atualmente segue, ou por história prévia¹⁴

1. Déficits na reciprocidade socioemocional - e que são variáveis - incluindo abordagem social anormal, dificuldade para esta-

belecer uma conversa coerente, compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, bem como dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

Explicação do autor: embora não saibamos exatamente como o comportamento humano se instala no encéfalo - do ponto de vista neurofisiológico durante o curso da vida - sabemos que ele não é formalmente ensinado entre os seres humanos. E provavelmente isso também não ocorra em nenhuma outra espécie animal. Sabemos, ainda, que o comportamento humano é constituído de forma dinâmica, conforme as experiências e interações entre o indivíduo e o ambiente. Deste modo, entendemos que as pessoas aprendem e incorporam novos comportamentos segundo uma capacidade teoricamente inata de imitação, seguida por reforçamento. Este fenômeno seria capaz de explicar como os seres humanos aprendem a se comportar do ponto de vista de seus relacionamentos sociais interpessoais e como desenvolvem a comunicação em todas as suas dimensões, incluindo a comunicação verbal e não verbal. Deste modo, indivíduos que sejam incapazes ou parcialmente incapazes de realizar cópias adequadas do comportamento, desenvolverão padrões atípicos de comportamento, comprometendo sua capacidade de manter relacionamentos interpessoais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social - que igualmente são variáveis - incluindo comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso de gestos, bem como ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

Explicação do autor: devemos ter cuidado quando analisamos o critério “anormalidade no contato visual” já que muitos o interpretam como “ausência de contato visual”, o que é uma forma incorreta de compreender este critério. Pessoas portadoras de TEA apresentam uma fragmentação do contato visual, ou seja, são frequentemente incapazes de mantê-lo por um período prologado de tempo e, quando solicitados a fazê-lo, relatam certo desconforto. O contato social é muito mais que um ato mecanizado de olhar

nos olhos. Na verdade, trata-se de uma ação mediadora das relações sociais interpessoais. É importante ressaltarmos que o contato visual, em sendo uma ferramenta de interação social, pode ser percebido em seres humanos muito jovens, frequentemente já nos primeiros dias de vida. A título de exemplo, durante o aleitamento materno. Outro aspecto relevante é analisar o critério “déficit na compreensão e aprendizado de gestos e utilização de expressões faciais como mecanismos que compõem a comunicação não verbal”. Como explicado anteriormente, uma vez que o comportamento humano é aprendido por fenômenos de imitação seguidos de reforçamento – tais como gestos motores de bater palmas, acenar para pessoas em forma de cumprimento ou despedida e a própria mímica facial, o que podem não ser naturalmente incorporados ao comportamento de pessoas portadoras de TEA, necessitando de ensinamento formal. A adequada interpretação da comunicação não verbal, gerada pela mímica facial (face de alegria, tristeza, raiva ou medo, por exemplo) é muito frequentemente comprometida nas pessoas com TEA, devendo esta capacidade ser ativamente investigada durante a avaliação clínica).

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, o que inclui dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, compartilhar brincadeiras imaginativas, fazer amigos e, ainda, a ausência de interesse por pares.

Explicação do autor: a correta e precisa compreensão de contextos sociais complexos depende de uma capacidade que o cérebro humano tem – teoricamente inata - de selecionar estímulos relevantes para compreensão do todo. No final da década de 1980, a doutora Uta Frith, uma psicóloga do desenvolvimento, sugeriu que não seria possível explicar determinados aspectos observados em pessoas com autismo, apoiando-se exclusivamente na “teoria da mente”, tais como a incrível perseverança nos detalhes em detrimento da análise do todo, a persistência nas rotinas e parte dos comportamentos aparentemente obsessivos. Desse modo, Frith desenvolveu a “teoria da coerência central”, segundo a qual uma pessoa de desenvolvimento típico deveria ser capaz de, ao anali-

sar uma situação complexa, com múltiplas variáveis de estímulo, selecionar aquelas que lhe permitissem compreender o todo e, temporariamente, negligenciar as variáveis não significantes. Pessoas com autismo, frequentemente, falham ao realizar testes que dependam desta seleção adequada de variáveis significativas (ou seja, que dependam da eficácia da coerência central). Por exemplo: se apresentarmos a uma criança um carrinho de brinquedo e ela for incapaz de analisar o objeto como um todo, fixando-se exclusivamente em uma de suas rodas, esta criança não será capaz de compreender como aquele objeto deve ser utilizado no contexto de uma brincadeira em que se fantasia um carro participando de uma corrida. Ou seja, a não compreensão da função de um objeto impede sua utilização funcional, dificultando o aprendizado de uma série de atividades de vida diária como o uso de talheres, a utilização correta do vaso sanitário, como tomar banho ou, até mesmo, como utilizar um lápis na escola.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia¹⁴

1. Movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotípias motoras simples, entre elas: alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

Explicação do autor: estereotípias são definidas como movimentos repetitivos e rítmicos, sem uma função socialmente clara. Quando as pessoas no TEA são questionadas a respeito da função das estereotípias, elas nos explicam que estes movimentos geram alguma sensação de bem-estar ou equilíbrio (organização) em seu comportamento. Embora a neurociência não compreenda precisamente como as estereotípias se estruturam no cérebro humano, sabemos que alterações em circuitos dopaminérgicos em núcleos da base e cerebelo fazem parte da fisiopatologia. As estereotípias mais frequentemente observadas são balanços das mãos ao lado do corpo ou da cabeça, bater palmas e movimentos cíclicos do tronco para frente e para trás. E estereotípias dinâmicas, envolvendo movimentos mais amplos - como andar ou correr de forma

repetitiva - também são relativamente frequentes. Já as ecolalias correspondem a um uso não funcional da fala, na qual o indivíduo repete a fala de terceiros, sendo classificadas como (a) imediata (a repetição da fala ocorre imediatamente ou com pequeno intervalo após a emissão do falante), (b) tardia (a repetição ocorre com grande intervalo após a emissão do falante), (c) disfuncional (não há absolutamente nenhum caráter comunicativo ou funcional) e (d) funcional (há caráter comunicativo, mesmo que de pouca qualidade). Com o progresso das intervenções terapêuticas e desenvolvimento de estratégias comunicativas (principalmente vocais) a ecolalia tende a reduzir em frequência.

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (como sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

Explicação do autor: a inflexibilidade comportamental e o apego rígido às rotinas podem trazer prejuízos significativos e socialmente relevantes a estas pessoas, reduzindo suas oportunidades de convívio social. Parte do que compreendemos por seletividade alimentar também pode ser explicado por uma rigidez no comportamento natural de experimentar novos alimentos. Crianças com seletividade alimentar geralmente apresentam tanto inflexibilidade, quanto alterações de percepção sensorial.

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego a objetos incomuns ou preocupação com eles, bem como interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).

Explicação do autor: o hiperfoco é uma característica muito frequente em pessoas com autismo e, ao contrário do que se possa imaginar, na maioria das vezes ele traz prejuízos significativos ao aprendizado global, já que o indivíduo passa a negligenciar outros conteúdos em detrimento do aprendizado de um único tema. Outro aspecto é o fato de que, frequentemente, o tema focado não apresenta relevância. Exemplo: uma criança que reconhece as

bandeiras de todos os países do mundo ou que (por seu foco em letras e numerais) aprendeu a ler aos 3 anos de idade. Do ponto de vista da funcionalidade, estas habilidades não agregam conhecimento socialmente relevante naquele momento e, portanto, têm pequena ou nenhuma utilidade prática. Em casos muito específicos, pessoas com autismo podem utilizar o hiperfoco de forma produtiva e, nestes casos específicos, nenhuma intervenção terapêutica deve ser dirigida a este sintoma.

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (como indiferença aparente à dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimentos).

Explicação do autor: possivelmente, as alterações dos sistemas sensoriais sejam as menos compreendidas no TEA até os dias de hoje. Na verdade, uma grande parcela das pessoas com autismo apresenta alterações nas percepções sensoriais visuais, auditivas, táteis, gustativas, olfativas, cinestésicas e vestibulares. Estas alterações podem explicar parte dos comportamentos de seletividade alimentar extrema, bem como as alterações comportamentais frente a estímulos auditivos e visuais que, habitualmente, não trariam desconforto a pessoas de desenvolvimento típico. Embora a neurociência ainda não tenha sido capaz de explicar com detalhes as alterações sensoriais no cérebro das pessoas no TEA, sabemos que circuitos talâmicos de integração sensorial, circuitos cerebelares e do córtex parietal e pré-frontal são envolvidos na fisiopatologia da hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.

Para que o diagnóstico do TEA seja firmado, é fundamental que os sinais e sintomas anteriormente descritos estejam presentes de forma precoce no desenvolvimento da criança (uma vez que o autismo é classificado como uma alteração do neurodesenvolvimento). Contudo, parte destes sinais e sintomas pode não ser totalmente aparente em idades precoces da criança, já que as demandas sociais, provavelmente, são ainda incipientes. Outro aspecto a ser considerado é que pessoas no TEA conseguem aprender estratégias durante sua vida, o que pode mascarar estes sinais

- um fato que precisa ser levado em consideração.

O último aspecto a ser considerado, para o diagnóstico do TEA, refere-se às manifestações clínicas, as quais devem, necessariamente, causar prejuízo funcional social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, não podendo todos os prejuízos ser decorrentes do transtorno do desenvolvimento intelectual ou de atraso global do desenvolvimento. Embora haja, entre a população leiga, um “senso comum” de que autistas são pessoas com capacidades cognitivas e intelectuais muito acima da média e algumas vezes sendo retratados como verdadeiros gênios na mídia, é sempre importante frisar que apenas uma pequena parte das crianças com TEA apresenta uma habilidade prodigiosa ou mesmo uma capacidade extraordinária específica. Portanto, essa crença não pode ser generalizada. Estudos demonstram que um número considerável destas pessoas apresenta comorbidades, com transtorno do desenvolvimento intelectual. E, por isso mesmo, dificuldade em diversas áreas do desenvolvimento, o que compromete sua autonomia e rendimento pedagógico.

Classificação dos níveis de gravidade

A história da Medicina é marcada por uma quase obsessão em classificar a intensidade e a gravidade das doenças e demais condições humanas. Embora no TEA esta classificação traga pouca ou nenhuma importância quando pensamos nas estratégias de intervenção, ela é importante para questões legais ou no estabelecimento do prognóstico.

O TEA é, muitas vezes, uma condição altamente incapacitante, caracterizada por prejuízo clinicamente significativo nos domínios da comunicação e do comportamento, apresentando aproximação social anormal, pouco interesse por pares e prejuízos na conversação. Para classificar a gravidade do TEA, a Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) utiliza o nível de dependência provocado pelo autismo no indivíduo¹⁴.

Nível 1 (leve) - Pessoas no TEA com necessidade de pouco apoio.

Estão classificados no nível 1 pessoas que necessitam de apoio

ocasional e que os déficits na comunicação social provocam pouca repercussão em suas relações interpessoais. Estes indivíduos, habitualmente, têm dificuldade para iniciar interações sociais ou mantê-las com boa qualidade. É menor interesse em interações sociais rotineiras. As tentativas de fazer novas amizades costumam ser malsucedidas. As dificuldades provocadas pela inflexibilidade cognitiva podem ser evidentes nestas pessoas, além de problemas relacionados à organização e ao planejamento.

Nível 2 (moderado) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio substancial.

Estão classificados no nível 2 pessoas que apresentam déficit severos nas suas habilidades de comunicação social (verbal e não verbal). Nestes casos, mesmo com o uso de apoio ou suporte, tais deficiências são claras e significativas, comprometendo substancialmente as relações interpessoais. A busca por novas amizades é consistentemente comprometida e, quando ocorre, sem sucesso pela falta de estratégias comportamentais. A fala expressiva é simplificada e a compreensão da fala de terceiros, muitas vezes, comprometida. Falar de assuntos restritos e de pouco interesse social é frequente e a comunicação não verbal é significativamente inadequada e insuficiente para a manutenção de relações interpessoais. A inflexibilidade cognitiva é perceptível aos observadores e intensa a ponto de comprometer as relações.

Nível 3 (severo) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio muito substancial.

Estão classificados no nível 3 pessoas com comprometimento muito grave na comunicação social verbal e não verbal e cujo comprometimento traz intenso prejuízo ou, até mesmo, impossibilita a ocorrência e a manutenção de interações sociais interpessoais. A busca ou iniciação de um contato social é rara, extremamente limitada ou nem ocorre, bem como as respostas às iniciativas de comunicação de terceiros são severamente limitadas ou inexistentes. Trata-se de pessoas com significativa limitação da fala expressiva e da fala de compreensão, nas quais a inflexibilidade do comportamento gera extrema dificuldade ou incapacidade de lidar com as pequenas alterações das rotinas diárias.

Os comportamentos restritos e repetitivos reduzem suas possibilidades e oportunidades de iniciar e manter relacionamentos interpessoais de modo sustentado ou duradouro.

Referências Bibliográficas

1. E. Bleuler (1911). Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós.
2. Cf. J. Garrabe. Histoire de la schizophrénie. Paris: Seghers, 1992.
3. Kanner L (1943). "Autistic disturbances of affective contact". *The Nervous Child*. 2: 217–50.
4. Kanner L. "The Paediatric–Psychiatric Alliance". *Canadian Medical Association Journal* 1938; 38 (1): 71-4.
5. Baron-Cohen S. "The truth about Hans Asperger's Nazi collusion". *Nature* 2018, 557 (7705): 305-6.
6. Kaelber, Lutz. "Jewish Children with Disabilities and Nazi "Euthanasia" Crimes". *The Bulletin of the Carolyn and Leonard Miller Center for Holocaust Studies* 2013, 17: 16-23.
7. Czech H. "Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna". *Molecular Autism* 2018; 9: 29.
8. Fisher, David James: Bettelheim: Living and Dying, *Contemporary Psychoanalytic Studies*, Amsterdam, New York: Brill/Rodopi, 2008.
9. Pollak, Richard: *The Creation of Dr. B: A Biography of Bruno Bettelheim*, Simon & Schuster, New York, 1997.
10. Wing L, Gould J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1979, 9: 11-29.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
12. MT, Van der Gaag RJ, Schwartzman JS. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 28 (S1): 12-20.
13. Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - DSM-IV*. São Paulo: Manole, 1994.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

por Lucelmo Lacerda

Na década de 1980, surgiu um movimento chamado de Medicina Baseada em Evidências, cujo objetivo era o de fazer com que os médicos utilizassem sempre a melhor informação científica para o tratamento de seus pacientes, ao invés de ficarem por toda a vida ligados a práticas antigas, do tempo de sua formação ou, pior ainda, aderissem a tratamentos exóticos e sem comprovação científica, colocando a vida dos pacientes em risco.

Este movimento foi extremamente bem-sucedido e fez a Medicina avançar rapidamente nas últimas décadas, em um ritmo jamais visto. Além da conscientização dos médicos, houve mudança nas grades curriculares das Universidades e, em alguns países, na legislação vigente, vinculando o exercício da Medicina às práticas baseadas em evidências. E um dos fatos mais relevantes foi o desenvolvimento de um campo de estudo para organizar estas evidências em um esquema que permitisse hierarquizá-las.

Isto está relacionado a um conceito importante, que é o de *validade externa*. Digamos que eu faça uma pesquisa com 3 pessoas que tenham pedra nos rins e eu lhes dê um composto que elimine completamente a dor. Seria o suficiente para eu dizer que este composto funciona para todas as pessoas? Não, com certeza. Mas e se fossem 10, 20, 30, enfim, quantas pessoas seriam necessárias?

Este é um desafio metodológico e estatístico. Quando a pesquisa utiliza desenhos de pesquisas fortes, com grande número de pessoas (o grande, aqui, é bem específico, calculado a partir da população pesquisada) e replicações independentes, aí alcançamos a validade externa suficiente para dizer que este procedimento vale para uma grande proporção da população. É neste momento que afirmamos que algo tem evidência. Portanto, é um processo extremamente rigoroso e podemos ter certeza de que quando dizemos que algo tem evidência, nós o dizemos porque foram pesados os prós e contras desse medicamento, dessa suplementação ou dessa intervenção. E há uma clara vantagem em se utilizar deste apoio (a depender, naturalmente, de cada indivíduo).

A primeira questão, portanto, seria pensar um critério, ou seja, o que seria necessário para um conhecimento ser considerado “evidente”? Que características as pesquisas precisariam ter para produzir “evidências? São 3 os critérios distintivos:

a) Relevância – certo conhecimento precisa realmente ser relevante em alguma situação aplicada, ser contra ou a favor de certa aplicação – pode-se produzir, por exemplo, uma pesquisa que indica que determinado tratamento, para autismo, não funciona ou, ainda, que faz mal (contra) ou que diminui comportamento agressivo (a favor);

b) Suficiência – é preciso corroborar outras pesquisas de mesmo tipo, somando comprovações – há critérios estatísticos de amostragem e confiabilidade numérica;

c) Veracidade – garantias de que o processo de coleta de dados não foi contaminado por distorções (há métodos para isso) e livre também de conflitos de interesses (THOMAS, 2007);

Selecionando estes três critérios e correlacionando-os com os desenhos de pesquisa existentes, foi elaborada uma forma de dispor esses conhecimentos de forma hierárquica. Existem algumas formas ligeiramente diferentes de pensar, às quais chamamos de “pirâmide da evidência”, que vai desde o nível mais baixo até o mais confiável, mas as diferenças são pequenas, havendo razoável consenso neste campo. Em se tratando de uma pirâmide, apresentamos do nível mais alto para o mais baixo:

- 1º Revisão Sistemática e Metanálise
- 2º Ensaio Randomizado
- 3º Ensaio não randomizados com grupo controle
- 4º Estudos observacionais
- 5º Estudos não experimentais
- 6º Opinião de especialista (HARBOUR & MILLER, 2010)

Se esta é a pirâmide, o que consideramos que seja uma intervenção com evidência é aquela que apareceu com esta classificação em uma Metanálise, Revisões Sistemáticas e Ensaio Clínico Randomizado com certas características, estes são os estudos que estão no nível mais alto de evidência.

As Metanálises são estudos de Revisão Sistemática de um tipo específico, que busca agregar resultados de estudos comparáveis e que “combina os efeitos dos tratamentos nos estudos individuais em um efeito de tratamento ‘de conjunto’ para todos os estudos combinados e/ou para subgrupos específicos de estudos ou pacientes, e faz inferências estatísticas (MORTON, 1999 *apud* DAVIES, 2007, p. 34).

Já a Revisão Sistemática, segundo Sampaio e Mancini (2007, p. 2):

[...] é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras¹.

Quando ao Ensaio Clínico Randomizado, ele pode ser assim definido:

[...] um estudo prospectivo que compara o efeito e valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) com controles em seres humanos, no qual o investigador distribui o fator de intervenção a ser analisado de forma aleatória através da técnica da randomização; dessa forma, os grupos experimentais e de controle são formados por um processo aleatório de decisão. Pode se referir a fármacos, técnicas ou procedimentos^{1,2}. O termo eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados. Efetividade refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano².

Esta forma de fazer medicina foi tão bem sucedida, com um avanço tão rápido da prática médica em tão pouco tempo, que sua lógica passou a ser adotada por outros campos de intervenção na vida humana, sendo aproveitada, por exemplo, na Psicologia (LEONARDI, 2016) no Serviço Social (SMITH, 2004), Educação (THOMAS & PRING, 2007), Terapia Ocupacional (LAW, BAUM & DUNN, 2005) entre outras áreas de intervenção.

O autismo, evidentemente, não poderia ficar de fora, sobretudo quando levamos em consideração que há uma janela de oportunidades até os 3 anos e que não se repete em nenhuma outra fase da vida. Não é possível “ficar tentando” para “ver o que dá certo”. É preciso, isto sim, apoiar-se no que temos certeza e investir ao máximo nas certezas.

Os EUA aprovaram duas leis fundamentais: *No Child Left Behind*, 2002 e depois o *Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, 2004. Ambas reafirmam um elemento essencial, ou seja, só é permitido usar dinheiro federal, no país, se houver evidências de que ele está sendo bem usado, que a intervenção financiada possui evidências de eficácia. Esta legislação lançou os

holofotes sobre as metanálises para os tratamentos do autismo, que passaram a ter o poder vinculativo de “liberação” de verbas do governo estadunidense.

Foram muitas as Revisões Sistemáticas - com ou sem Metanálise - produzidas no mundo a respeito do autismo. Não falaremos de todas elas, mesmo porque seus resultados são semelhantes, com ligeiras diferenças na forma de abordar as intervenções. Concentrar-nos-emos em somente duas iniciativas: a maior de todas, mais completa, que aborda os tratamentos com evidência, os sem evidência. E aquelas cujas evidências sugerem inclusive que podem ser prejudiciais - o *National Standard Project* - que descreve qual é a melhor intervenção global em autismo. E descreveremos melhor a Revisão Sistemática do *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team* - NCAEP, denominado *Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism*, que foi publicada em 2020 e tem uma revisão traduzida em português³.

Sugiro, veementemente, que NÃO confiem neste autor. Veja bem: ele tem todo o interesse em dizer que uma coisa é melhor do que outra para vender mais. Conheço esse tipo e com certeza não é de confiança.

Eu sei que parece confuso, mas eu sugiro que se mantenham em estado de alerta, desconfiando, posto que todos têm seus interesses. Ao mesmo tempo, eu sei que você está se perguntando “Mas se não posso confiar em ninguém, como vou saber o que é melhor para meu filho/cliente/aluno com autismo?” Pois a resposta é simples: leia você mesmo as evidências científicas disponíveis. Vamos lhe apresentar, brevemente as informações disponíveis nos estudos citados. E o melhor caminho, para você, é acessar os estudos originais, conferir o que dissemos e ampliar os seus conhecimentos.

O National Standard Project

O *National Standard Project* é um projeto do *National Autism Center* - NAC, nos Estados Unidos. Este órgão é parte do *May Institute* e seu objetivo é realizar pesquisa aplicada para o TEA e compartilhar informações com a população, sobretudo pais, professores e terapeutas sobre estes tratamentos. A perspectiva do

NAC é o da utilização de práticas baseadas em evidências para o tratamento do TEA.

Foi publicada uma primeira fase deste projeto no ano de 2009 com as evidências disponíveis até aquele momento. E uma segunda fase no ano de 2015⁴, incorporando os estudos analisados na primeira fase e novos estudos publicados entre um período e outro, constituindo, portanto, uma base não só enorme, mas absolutamente atual.

Este projeto se propôs a alguns objetivos:

- Apresentar a força da evidência que apoia tratamentos educacionais e comportamentais centrados nas características principais desses distúrbios neurológicos [o TEA];
- Descrever a idade, o diagnóstico e as habilidades/comportamentos visando à melhoria, associada às opções de tratamento;
- Identificar as limitações do corpo atual de pesquisa sobre o tratamento do autismo;
- Oferecer recomendações para se envolver em práticas baseadas em evidências para o TEA⁵.

O NSP de 2015 descreveu 14 práticas com evidência para autismo, elas são, em sua maioria, práticas focais, isto é, que têm por objetivo atuar em uma questão específica, mas também trouxe uma prática global, e é esta que iremos apresentar agora:

Intervenção Intensiva e Precoce

Trata-se de um modelo de intervenção que é considerado o tratamento prioritário para o Transtorno do Espectro Autista e deve ter algumas características fundamentais:

1. Ser precoce – a lógica da precocidade é simples, quanto antes começar a intervenção, tanto melhor⁶, mas o encaminhamento à intervenção depende do diagnóstico, como se dá nas pesquisas, ou na sinalização de risco para autismo, que não é feita logo após o nascimento, mas com o aparecimento de sinais do Transtorno do Espectro Autista. De toda sorte, o período de cobertura da pesquisa vai entre 0 e 9 anos de idade;

2. Ser intensiva – a lógica da intensidade é similar, podendo ser

explicitada pela assertiva “quanto mais intensiva, melhor”⁷, em que a intervenção é feita entre 25h e 40h semanais, com mais o treinamento de pais;

3. Ser íntegra - a intervenção precisa implementar, de forma íntegra, a intervenção e de maneira tão rigorosa quanto apresentada nas pesquisas, de modo que a implementação da intervenção, ainda que intensiva e precoce, torne-se eclética e não perca a efetividade⁸.

4. Ser distendida no tempo - infelizmente, a intervenção não é realizada em pouco tempo, mas a cobertura das pesquisas é de 2 a 3 anos de intervenção intensiva e precoce, sendo que grande parte das crianças necessita da intervenção para toda a vida.

Esta intervenção é fruto de avaliação e planejamento de um Analista do Comportamento, que mantém o caso sob supervisão minuciosa e implementada por um Acompanhante Terapêutico ou Mediador Escolar. Na avaliação, são descritas as habilidades em déficit no repertório do indivíduo, isto é, tudo o que ele deveria fazer por sua idade ou pelo contexto em que vive e não o faz ainda, como falar, imitar, parear, entre outros. E tudo o que está em excesso, ou seja, gritar, chorar, machucar-se. Isso normalmente é feito por meio de protocolos de avaliação comportamental, tais como ABLLS-R, VB-MAPP, PEAK, entre outros. Após a avaliação, são escritos programas comportamentais para cada habilidade em déficit possível de ser ensinada naquele momento. E conforme a criança aprende, novos comportamentos alvo são estabelecidos e novos programas escritos.

O conjunto de dados disponíveis sobre este processo de intervenção demonstrou enormes ganhos nos campos da inteligência, da linguagem, das habilidades sociais e do comportamento adaptativo. E boa parte das crianças, a depender de sua genética pessoal, perde todos os prejuízos do Transtorno do Espectro Autista⁹.

Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism, do NCAEP

Além das intervenções globais, há as intervenções focais, isto é,

que se dedicam especificamente a um comportamento que deve ser diminuído, alterado ou aumentado. Essas intervenções focais são, portanto, projetadas para abordar uma única habilidade ou objetivo de um aluno com autismo¹⁰.

Nesta linha, o *National Professional Development Center* - NPDC realizou uma Revisão Sistemática, publicada como artigo científico em 2015¹¹, com financiamento de atualização e que migrou, posteriormente, para o *Clearinghouse*, dando continuidade ao trabalho e produzindo a publicação de 2020 sobre a qual agora nos debruçamos e que trouxe novas práticas com evidência em relação à pesquisa de 2015, além de um reagrupamento de intervenções.

Foram descritas, neste contexto, 28 práticas baseadas focais baseadas em evidências:

1. Intervenções baseadas no antecedente (ABI)¹²

Definição: as intervenções baseadas em antecedentes (ABI) incluem uma variedade de modificações que são feitas no ambiente/contexto em uma tentativa de alterar ou moldar o comportamento de um aluno. As ABIs são tipicamente implementadas após a realização de uma avaliação funcional do comportamento, que pode auxiliar na identificação da função de um comportamento interferente, bem como das condições ambientais que podem ter se ligado a um comportamento ao longo do tempo. Uma vez identificados fatores no ambiente que podem estar reforçando o comportamento interferente, as ABIs são implementadas para modificar o ambiente ou a atividade, de modo que o fator não provoque mais o comportamento interferente. Além de direcionar comportamentos desafiadores, a ABI também pode ser usada para aumentar a ocorrência dos comportamentos ou habilidades desejados. Os procedimentos comuns da ABI incluem:

- 1) modificar atividades, materiais ou cronogramas educacionais, 2) incorporar a escolha do aluno nas atividades/materiais do aluno, 3) preparar os alunos antecipadamente para as próximas atividades, 4) variar o formato, o nível de dificuldade ou a ordem de instruções durante as atividades educacionais, 5) enriquecer o ambiente para fornecer pistas adicionais ou acesso a ma-

teriais adicionais; e 6) modificar os horários de entrega e estímulo e reforço. As estratégias da ABI geralmente são usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como Treino de Comunicação Funcional, extinção e reforço.

Um exemplo de estudo com este procedimento foi o *“Use of an Antecedent Intervention to Decrease Vocal Stereotypy of a Student With Autism in the General Education Classroom”*¹³. Neste estudo, uma criança (que emitia muita estereotipia vocal, de modo a atrapalhar seu desempenho como estudante), foi ensinada (diante de um cartão verde) a emitir livremente a estereotipia, ou seja, o cartão verde sinalizava uma condição em que não havia prejuízo. Mas havia o cartão vermelho – que sinalizava prejuízo, por exemplo, na hora em que estava acontecendo a explicação da matéria. Durante o período do ensino, se ele não respeitasse o cartão vermelho, este lhe era colocado 15 centímetros à frente do rosto para que ele prestasse atenção ao sinal. E assim ele aprendeu a não emitir estereotipias vocais, comportando-se de acordo com o contexto no qual estava inserido.

2. Comunicação Alternativa e Aumentativa

Definição: as intervenções de Comunicação Alternativa e Aumentativa (AAC) usam e/ou ensinam o uso de um sistema de comunicação que não seja vocal, incluindo sistemas de comunicação assistida e não assistida. Os sistemas de comunicação não assistidos não usam nenhum material ou tecnologia (por exemplo, linguagem gestual e gestos). Os sistemas de comunicação assistidos incluem sistemas de baixa tecnologia (por exemplo, troca de objetos/imagens ou apontamento para letras) e se estendem a dispositivos de geração de fala de alta tecnologia e aplicativos que permitem que outros dispositivos (ou seja, telefones, *tablets*) sirvam de Aparelhos Geradores de Voz - *Speech Generating Devices* - SGDs. Os métodos de ensino do uso de AAC também estão incluídos nesta categoria (por exemplo, *Aided Language Modeling*), que pode incluir outras EBPs, como estímulo, reforço, suporte visual e intervenções mediadas por pares.

Um exemplo do procedimento está no *“The Effects of PECS Teaching to Phase III on the Communicative Interactions between*

Children with Autism and their Teachers”¹⁴ em que as crianças usam o modelo do Picture Exchange Communication System – PECS, se comunicando por meio de trocas de figura, que podem ser únicas ou formando encadeamentos, até frases. Na pesquisa apontada, houve a disposição de Grupo Experimental, usando PECS e Grupo Controle, sem esta intervenção. As crianças que utilizaram a Comunicação Alternativa passaram a responder mais às interações iniciadas pelos adultos e também passaram a iniciar interações com os adultos com muito maior probabilidade, configurando um exemplo claro de efeito positivo sobre a comunicação destas crianças.

3. Intervenção Momentum Comportamental

Definição: a Intervenção Momentum Comportamental (BMI) é uma estratégia na qual a apresentação da tarefa é modificada para que aqueles que requerem respostas menos trabalhosas (ou seja, sequências de respostas de alta probabilidade) ocorram antes daqueles que exigem respostas mais difíceis (ou seja, sequências de respostas de baixa probabilidade). Isso é feito para que os alunos recebam reforço mais cedo e tenham maior probabilidade de permanecer engajados e persistir com as tarefas ou solicitações mais desafiadoras que se seguem. O BMI pode ser usado nos domínios acadêmico, social, de comunicação e comportamental. Além do reforço, as estratégias de IMC são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como intervenções baseadas em antecedentes e dicas.

Um exemplo de procedimento está em *“Effects of high-probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders”*¹⁵ em que são apresentados a pessoas com autismo atividades que eles têm alta probabilidade de responder positivamente, que já aprenderam, estão acostumados e gostam de fazer e na sequência desses, atividades de baixa probabilidade de resposta, isto é, mais difíceis, que não aprenderam ainda. As respostas foram extremamente positivas, aumentando de maneira significativa a probabilidade de eles responderem nestas situações e também aumentando a probabilidade de se engajarem depois em situações semelhantes, isto é, novas, mesmo

com pessoas que não usaram este mesmo procedimento com elas.

4. Cognitivo Comportamental/ Estratégias de Instrução

Definição: a Intervenção Cognitivo-Comportamental/Estratégias de instrução baseiam-se na crença de que o aprendizado e o comportamento são mediados por processos cognitivos. Os alunos são ensinados a examinar seus próprios pensamentos e emoções e depois usar estratégias passo a passo para mudar seu pensamento, comportamento e autoconsciência. Essas intervenções podem ser usadas com alunos que apresentam comportamentos problemáticos relacionados a emoções ou sentimentos específicos, como raiva ou ansiedade (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental). Essas intervenções também podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades sociais e acadêmicas através de instruções explícitas sobre estratégias de aprendizagem. As intervenções do CBIS são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo modelação, suporte visual, estímulos, reforço, narrativas sociais, instruções e intervenções baseadas em pares e intervenções implementadas pelos pais.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado no estudo "*Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder*"¹⁶, em que foram feitos grupos de intervenção cognitivo-comportamental nos quais as crianças e adolescentes com TEA cumpriram o programa "*Exploring Feelings*" ao mesmo tempo que seus pais, em outro grupo. Neste programa, os atendidos falam sobre como reconhecem suas emoções e aprendem, com a própria descrição e dos amigos, a ter maior capacidade de automonitoramento e auto-regulação, reduzindo especialmente a ansiedade. Nesta mesma categoria, para além da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, como a descrita, também está a instrução direta para o estabelecimento de regras, sobretudo acadêmicas. A prática é aplicável ao autismo leve.

5. Reforçamento Diferencial de Alternativo, Incompatível ou Outros Comportamentos

Definição: o Reforço Diferencial de Comportamento Alternati-

vo, Incompatível ou Outro (DRA / I / O) é um processo sistemático que aumenta o comportamento desejável ou a ausência de um comportamento indesejável, fornecendo consequências reforçadoras para a demonstração/não demonstração desse comportamento. Comportamentos indesejáveis são aqueles que interferem no desenvolvimento, nos relacionamentos e na saúde do atendido (por exemplo, desengajamento, birras, agressão, autolesão). O atendido recebe essa consequência quando: a) o atendido está se engajando em um comportamento desejado específico que não seja o comportamento indesejável (DRA); b) o atendido emite um comportamento fisicamente impossível de executar enquanto exhibe o comportamento indesejável (DRI), ou c) o atendido não está envolvido no comportamento indesejável (DRO). O reforço diferencial é frequentemente usado com outras práticas baseadas em evidências, como a utilização de dicas para favorecer a emissão desses comportamentos mais desejáveis ou incompatíveis com o comportamento interferente.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado em *“Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach”*¹⁷, em que um menino com autismo apresentava um comportamento disruptivo em sala de aula. Este comportamento tinha mais de uma função - o que só é verificado em uma Análise Funcional. Mas para dar um exemplo específico aqui, ele se arranhava como função sensorial. Então, foi-lhe entregue uma bola - que ele poderia apertar durante a aula, ou seja, uma alternativa sensorial que diminuiu a necessidade de se arranhá-lo.

6. Instrução Direta

Definição: a Instrução Direta (DI) na abordagem sistemática do ensino e um pacote instrucional sequenciado que utiliza protocolos ou aulas com script, direcionado ao aluno, e emprega correções sistemáticas e explícitas de erros para promover o domínio e a generalização. A instrução direta é geralmente fornecida a pequenos grupos de alunos e inclui ritmo acelerado, respostas dos alunos, sinais explícitos, procedimentos de correção para respostas incorretas ou não, e modelagem de respostas corretas. A instrução é sequenciada para que os alunos sejam obrigados a domi-

nar os níveis em uma ordem pré-especificada antes de passar para o próximo nível¹⁸.

As intervenções de DI podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades de alfabetização e matemática e são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo estímulo, reforço, modelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism spectrum disorder to answer “Wh-” questions”*¹⁹ em que foi ensinado aos alunos a responder às perguntas “quem”, “o que” e “onde”. Neste experimento, começava-se com uma pergunta e só depois que ela estivesse bem aprendida se passava para a outra. O Professor formou pequenos grupos e apresentou o livro com a pequena história e (a) forneceu uma sugestão verbal, (b) fez uma referência à figura, (c) fez uma pergunta relacionada à habilidade alvo e (d) emitiu um sinal manual para indicar respostas. Os estudantes respondiam em coro. Se algum deles errasse, era feito um procedimento de correção do erro com dicas mais intrusivas, que eram depois retiradas. E passou-se para a segunda fase (para a qual iria direto se ninguém errasse), que era a apresentação individual, com cada estudante, deste mesmo processo, com uma nova pequena história.

7. Ensino por Tentativas Discretas (DTT)

Definição: O Ensino por Tentativas Discretas (DTT) é uma abordagem instrucional individual (geralmente) usada para ensinar habilidades de maneira planejada, controlada e sistemática. A DTT é caracterizada por tentativas repetidas ou agrupadas que têm começo e fim definidos. Na DTT, o uso de antecedentes e consequências é cuidadosamente planejado e implementado. O teste instrucional começa quando o praticante apresenta uma direção ou estímulo claro, o que provoca um comportamento-alvo. Elogios e/ou recompensas tangíveis são usados para reforçar as habilidades ou comportamentos desejados. Os dados geralmente são coletados em todas as avaliações. Outras práticas usadas na

DTT incluem análise de tarefas, solicitação, atraso de tempo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”²⁰, em que se faz um levantamento dos processos de ensino dos operantes verbais e de seus pré-requisitos, como a imitação, a partir do Ensino por Tentativas Discretas, que consiste em: a) preparar o ambiente; b) conseguir a atenção do aprendiz; c) apresentar o estímulo discriminativo (a instrução ou modelo, por exemplo); d) ajudar se o aprendiz não realizar; e) reforçar se o aprendiz acertar ou fazer um procedimento de correção se o aprendiz errar; f) dar uma pausa e recomeçar (pode haver outros passos a depender do ensino).

8. Exercício e Movimento (EXM)

Definição: intervenções via Exercício e Movimento (EXM) incorporam o uso de esforço físico e/ou movimentos corpo/mente (*mindful*) objetivando uma variedade de habilidades e comportamentos. O exercício pode ser usado como uma atividade antecedente para melhorar desempenho em uma tarefa ou comportamento ou para aumentar aptidão física e habilidades motoras. As atividades com movimento podem incluir atividades esportivas/recreativas, artes marciais, ioga ou outras práticas corpo/mente (*mindful*) com foco em grupos específicos de técnicas e habilidades motoras. Intervenções via EXM podem envolver aquecimento/volta à calma, atividades aeróbicas, de força, alongamentos e/ou habilidades motoras complexas e podem ser desempenhadas individualmente ou em ambientes em grupo/equipe. O uso de EXM é frequentemente combinado com dicas, modelação, reforçamento e suportes visuais²¹.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder*”²², em que os estudantes realizavam uma atividade física de 20 minutos de manhã e depois uma série de paradas para novos exercícios, de 1 a 5 minutos, o que fazia com que as atividades posteriores tivessem muito menor probabilidade de serem perturbadas por comportamentos desafi-

adores, como agressividade contra si ou contra outrem, gritos, entre outros.

9. Extinção (EXT)

Definição: extinção (EXT) é a remoção de consequências reforçadoras de um comportamento desafiador a fim de reduzir a ocorrência futura desse comportamento. O procedimento de extinção depende da identificação precisa da função do comportamento e das consequências que podem estar reforçando sua ocorrência. A consequência que se acredita reforçar a ocorrência do comportamento desafiador do alvo é removida, resultando em uma diminuição do comportamento alvo. Um aumento inicial no comportamento desafiador (geralmente chamado de “explosão de extinção”) é comum antes de eventualmente ser extinto. A extinção não deve ser usada isoladamente. Outras práticas usadas em combinação com a extinção incluem reforço diferencial e avaliação do comportamento funcional.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Function-based intervention to support the inclusion of students with autism”²³ em que os estudantes eram instruídos a levantar as mãos para pedir o que necessitassem. Este procedimento era combinado com diversos outros, como o reforçamento dos pedidos adequados, dando alternativas funcionais para o indivíduo se comunicar e ter acesso aos reforçadores.

10. Avaliação Funcional do Comportamento

Definição: A avaliação do comportamento funcional (FBA) é uma maneira sistemática de determinar a função ou o objetivo de um comportamento, para que um plano de intervenção eficaz possa ser desenvolvido. O FBA consiste em descrever o comportamento interferente ou problemático, identificar eventos antecedentes e consequentes que controlam o comportamento (às vezes, testados sistematicamente por meio de uma Análise Funcional Experimental), desenvolver uma hipótese da função do comportamento e testar a hipótese. A coleta de dados é uma parte importante do processo do FBA. O FBA é normalmente usado para identificar as funções (que leigamente poder-se-ia chamar de “causas”) de comportamentos interferentes, como automutilação, agres-

são a outros ou comportamentos destrutivos. E deve ser seguido pela criação e implementação de uma intervenção comportamental para abordar o comportamento interferente descrito.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Conducting a Function-Based Intervention in a School Setting to Reduce Inappropriate Behaviour of a Child With Autism*”²⁴ em que foi realizada a avaliação funcional do comportamento de 3 diferentes formas na escola, demonstrando primeiramente que isso é possível, de forma consistente, e tratando, por exemplo, o comportamento do estudante de desengajamento das atividades escolares. Descobriu-se, na avaliação, que este comportamento era mantido pela atenção da professora e, portanto, uma intervenção de extinção + reforço diferencial do engajamento era um dos caminhos a seguir, articulando, portanto, as diversas práticas com evidência.

11. Treino de Comunicação Funcional (FCT)

Definição: o Treino de Comunicação Funcional (FCT) é um conjunto de práticas que substituem um comportamento desafiador que possui uma função de comunicação por comportamentos ou habilidades de comunicação mais apropriadas e eficazes. A FCT é precedida por uma avaliação do comportamento funcional para identificar a função de um comportamento interferente, seguida pelo ensino de uma habilidade de comunicação apropriada que pode servir ao mesmo propósito para o aluno com TEA. A FCT geralmente inclui um procedimento de reforço diferencial, no qual um indivíduo recebe uma resposta alternativa que resulta na mesma classe de reforço identificada como mantendo o comportamento problema. O comportamento problema geralmente é colocado em extinção. O componente distinto da FCT é que a resposta alternativa é uma forma reconhecível de comunicação (por exemplo uma vocalização, sinal manual ou cartão do PECS).

Um exemplo pode ser encontrado na Dissertação de Mestrado “Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esquiva da tarefa em crianças com TEA”²⁵ em que os participantes, meninos com autismo em fase escolar, tinham comportamentos desafiadores com a fun-

ção de se esquivar da lição. Foram, então, ensinados a pedir, de forma apropriada, para terem acesso a pausas das atividades. Essas respostas podiam ser vocais, “quero parar”, em sinal ou cartão. E, posteriormente, foram ensinados a reduzir os pedidos de pausa e ficar mais tempo engajados na atividade. Os estudantes diminuiram os comportamentos disruptivos, aumentaram os pedidos verbais esperados, conseguiram diminuir drasticamente as pausas e generalizaram os resultados.

12. Modelação

Definição: a Modelação (MD) envolve a demonstração de um comportamento-alvo desejado que resulta no uso do comportamento pelo aluno e que leva à aquisição do comportamento-alvo. Assim, o aluno está aprendendo uma habilidade específica através do aprendizado observacional. O MD é frequentemente combinado com outras estratégias, como estímulo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning”*²⁶ em que adolescentes com autismo foram expostos a situações em que observavam respostas sociais apropriadas e inapropriadas de adultos e observavam também as apropriadas sendo reforçadas e as inapropriadas não sendo reforçadas e lhes foi ensinado a discriminar entre os dois tipos de respostas. Os adolescentes aprenderam adequadamente a discriminar, por observação, respostas adequadas ou não e a generalizar para outros contextos.

13. Intervenção Mediada por Música (MMI)

Definição: a Intervenção Mediada por Música (MMI) usa a música como um recurso essencial da entrega da intervenção. Isso inclui a Musicoterapia, que ocorre em um relacionamento terapêutico com um musicoterapeuta treinado, além do uso planejado de músicas, entonação melódica e/ou ritmo para apoiar o aprendizado ou desempenho de comportamentos e habilidades-alvo em contextos variados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines For Young*

Children With Autism”²⁷ em que crianças com autismo ganharam uma música (uma para cada criança) com todos os passos, desde a entrada na sala de aula, até o ato de cumprimentar os colegas. A música teve um retorno extremamente positivo, inclusive aumentando expressivamente o número de saudações que lhes eram devolvidas.

14. Intervenção Naturalística

Definição: Intervenção Naturalística (NI) é uma coleção de práticas, incluindo arranjo ambiental e técnicas de interação implementadas durante rotinas diárias e atividades na sala de aula ou no ambiente doméstico do aluno. Essas práticas são projetadas para incentivar comportamentos-alvo específicos com base nos interesses dos alunos, criando habilidades mais complexas que são naturalmente reforçadoras e adequadas à interação. As NIs estão incorporadas em atividades e/ou rotinas típicas nas quais o aluno participa. As práticas de NI emergem de abordagens comportamentais (por exemplo, análise comportamental aplicada) e/ou de desenvolvimento da aprendizagem, e abrangem intervenções que foram notadas como intervenções comportamentais naturalísticas do desenvolvimento (NDBIs; Schreibman *et al.*, 2015) na literatura recente.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA”²⁸ em que outras crianças da escola foram treinadas a interagir em brincadeiras com as crianças com autismo no ambiente natural desta brincadeira (os momentos da escola destinados à atividade), com o reforçador natural da tarefa (que é o aproveitamento da própria brincadeira com os amigos), trabalhando com a motivação da própria criança com autismo.

15. Intervenção Implementada por Pais

Definição: na Intervenção Implementada por pais (PII), os pais são as principais pessoas a usarem uma prática de intervenção com seu próprio filho. Os profissionais ensinam os pais em formato individual ou de grupo (em ambientes domésticos ou comunitários). Os métodos para ensiná-los variam, mas podem incluir instruções didáticas, discussões, modelagem, treinamento ou

feedback de desempenho. O papel dos pais é usar a prática de intervenção para ensinar ao filho novas habilidades, quais sejam: formas de comunicação, maneiras de brincar ou habilidades de autocuidado, o envolvimento do filho na comunicação social e interações e/ou como diminuir comportamentos desafiadores. Depois que os pais são treinados, eles utilizam as intervenções (ou parte delas) com seus filhos. Os pais estão frequentemente implementando outras EBPs incluídas neste relatório (intervenções naturalistas, modelagem de vídeo ou narrativas sociais).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA.”²⁹, feito na Universidade Federal do Pará, no qual pais de crianças com autismo foram ensinados a implementarem Ensino por Tentativas Discretas, uma das práticas com melhor evidência para autismo e comparou-se o desempenho das crianças quando ensinadas por seus pais ou quando ensinadas por profissionais e concluiu-se que não houve diferença significativa entre as intervenções. O processo de treinamento dos pais se dá por meio do Treinamento de Habilidades Comportamentais (*Behavioral Skills Training* - BST), que consiste, basicamente, em a) oferecer a instrução; b) mostrar como se faz; c) pedir para o pai ensaiar a prática; e d) das *feedback* corretivo dos erros e elogiar os acertos.

16. Instrução e Intervenção Mediadas por Pares (PBII)

Definição: na Instrução e Intervenção Mediadas por Pares, a interação social entre pares é a característica definidora da intervenção. Na maioria das vezes, mas nem sempre, o colega do aluno é uma criança neurotípica da mesma idade geral. Existem dois tipos de PBII, caracterizados pelo papel do colega e do professor. Nas instruções e intervenções mediadas por pares (PMIIs), o colega recebe treinamento e talvez orientação de um adulto (pelo professor ou pelo clínico, por exemplo) para fornecer iniciações ou instruções sociais de uma maneira que apoie o objetivo de aprendizagem do aluno com autismo. Em uma variação dessa abordagem, um irmão do aluno pode servir no papel de par (por exemplo, intervenção mediada por irmãos), mas os procedimentos são os mesmos. Nas instruções e intervenções mediadas por adultos

(AMII), o professor ou outros adultos organiza o ambiente social (por exemplo, aproxima as crianças) e fornece treinamento, orientações e / ou reforço para que o aluno e o colega se envolvam na interação social.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with Autism Spectrum Disorder*”³⁰, em que estudantes do equivalente ao Ensino Médio, com desenvolvimento típico, passaram por treinamento para mediar uma intervenção com adolescentes com autismo para melhorar suas habilidades sociais, especificamente as conversas. Os adolescentes foram treinados em três tópicos: (a) Estratégias de conversação (T1); (b) Estratégias para promover a iniciação de conversas (T2); e (c) Estratégias para a introdução de questões de manutenção da conversa. Esses adolescentes aprenderam coisas como fazer contato visual, chamar ou tocar o adolescente com autismo e ajudá-lo a se engajar na conversa (e retirar depois a ajuda), a iniciar uma conversa com dica simples, como o contato visual, ou mais fortes, como falar “agora você que começa” e retirando progressivamente também o apoio e da mesma forma o ensino das questões. Além do treinamento inicial, as interações eram filmadas e os adolescentes eram elogiados pelo acerto e recebiam *feedback* corretivo pelos erros. Ao final, as pessoas com autismo se engajavam mais nas conversas, iniciavam mais interações e mantinham conversas com mais tempo, também com outros adolescentes.

17. Dicas (*Prompting*)

Definição: as Dicas, ou *Prompting* (PP) incluem o suporte dado aos alunos que os ajudam a usar uma habilidade específica. Dica verbal, gestual ou física é dada aos alunos para ajudá-los a adquirir ou se envolver em um comportamento ou habilidade direcionada. Geralmente, as Dicas são dadas por um adulto ou um colega antes ou quando o aluno tenta usar uma habilidade. Esses procedimentos são frequentemente usados em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo atraso e reforço, ou fazem parte de protocolos para o uso de outras práticas baseadas em evidências, como o Treino de Habilidades Sociais,

Ensino por Tentativas Discretas e a Videomodelação. Assim, os procedimentos de Dicas são considerados fundamentais para o uso de muitas outras práticas baseadas em evidências.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual”³¹ em que crianças com o autismo e Deficiência Intelectual eram ensinados a discriminar entre direita e esquerda levantando o braço correspondente à instrução. Ocorre que no começo as crianças eram incapazes de levantar o braço correto, então era dada a dica de imitação, gestual e física (levantava-se o braço do participante). Como é da natureza de toda dica, elas foram gradualmente retiradas (a expressão técnica para isso é “esvanecimento”) e as crianças aprenderam a levantar o braço direito ou esquerdo somente com a instrução, sem a necessidade, ao fim, de qualquer outra dica.

18. Reforçamento

Definição: reforçamento (R) é a aplicação de consequências após a ocorrência de uma habilidade que aumenta a probabilidade de comportamentos compatíveis em situações futuras. O reforçamento inclui reforço positivo, reforço negativo (diferente de punição), reforço não-contingente e economia de fichas. O reforçamento é uma prática fundamental baseada em evidências, na medida em que quase sempre é usada com outras práticas baseadas em evidências, incluindo Dicas, Ensino por Tentativas Discretas, Treino de Comunicação Funcional, Intervenção Naturalística.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando Reforçamento Não Contingente e treino de mando”³² em que se verificou que o comportamento autolesivo (bater com as mãos na cabeça e rosto) era causado sobretudo pelo comportamento de fuga das atividades. O procedimento consistiu em diversas intervenções. Mas uma delas, que nos interessa mais neste tópico, foi o reforçamento não contingente, ou seja, a cada 3 minutos (aproximadamente) eram oferecidos comestíveis e atenção ao estudante, fazendo com que o comportamento autolesivo diminuísse de forma expressiva.

19. Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR)

Definição: a Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR) envolve a introdução de uma dica ou comentário quando ocorre um comportamento-alvo projetado para desviar a atenção do aluno do comportamento-alvo. Especificamente, o RIR é usado predominantemente para abordar comportamentos repetitivos, estereotipados e / ou autolesivo. RIR é frequentemente implementado após a realização de uma avaliação funcional do comportamento (FBA) para identificar a função do comportamento-alvo. E é particularmente útil com comportamentos-alvo persistentes que ocorrem na ausência de outras pessoas, em várias configurações diferentes e durante uma variedade de tarefas. Esses comportamentos geralmente não são mantidos por atenção ou fuga. Em vez disso, é mais provável que sejam mantidos por reforço sensorial e frequentemente resistentes a tentativas de intervenção. O RIR é particularmente eficaz com comportamentos mantidos sensorialmente porque os alunos são impedidos de se envolver em comportamentos-alvo e redirecionados para comportamentos alternativos mais apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Decreasing Vocal Stereotypy of a Youth With Autism in a Classroom Setting”*³³ em que um rapaz com autismo se engajava frequentemente em estereotípias vocais de vários tipos, prejudicando seu desenvolvimento escolar e social. O procedimento deu-se da seguinte maneira: quando ele fazia isso, uma pessoa tocava em seu ombro e, quando ele olhava para a pessoa, uma pergunta bem simples lhe era feita. Se respondida adequadamente, o aluno recebia um elogio – o que criou a oportunidade de quebrar a estereotípias.

20. Autogerenciamento (SM)

Definição: o Autogerenciamento (SM) é um pacote de intervenção que ensina os alunos a regular, de forma independente, seu próprio comportamento. O Autogerenciamento envolve ensinar os alunos a discriminar entre comportamentos apropriados e inadequados, monitorar e registrar com precisão seus próprios comportamentos e entregar, a si mesmos, reforçadores por se comportarem adequadamente. Embora inicialmente os alunos possam

precisar de apoio de adultos para registrar com precisão comportamentos e fornecer auto-reforço, esse apoio desaparece com o tempo. O autogerenciamento é frequentemente usado em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo intervenções mediadas por tecnologia, modelação, videomodelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of a Self-monitoring Application to Reduce Stereotypic Behavior in Adolescents with Autism: A Preliminary Investigation of I-Connect”*³⁴ em que dois adolescentes com autismo que tinham também Deficiência Intelectual aprenderam a usar um aplicativo de celular para responder a cada intervalo de tempo, se estavam emitindo estereotípias vocais ou motoras com as mãos. Este automonitoramento ou autogerenciamento do comportamento fez com que eles emitissem os comportamentos estereotipados em menor frequência do que faziam antes.

21. Integração Sensorial

Definição: a Integração Sensorial® (SI, Ayres, 1989) é uma teoria e prática que tem como alvo a capacidade de uma pessoa de processar e integrar internamente informações sensoriais de seu corpo e ambiente, incluindo informações visuais, auditivas, táteis, propioceptivas e vestibulares. O SI usa atividades personalizadas que desafiam o processamento sensorial e o planejamento motor, incentivam o movimento e a organização própria no tempo e no espaço, utilizam os desafios “na medida” e incorporam o equipamento clínico em atividades intencionais e divertidas para melhorar o comportamento adaptativo. O SI é implementado por Terapeutas Ocupacionais treinados e ocorre principalmente em contextos clínicos.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial”*³⁵ em que crianças com autismo foram individualmente avaliadas e suas dificuldades adaptativas em diversas atividades foram analisadas e em diversos casos formuladas hipóteses para esses prejuízos. Nestes casos, eram formuladas as intervenções de experientiação de estímulos sensoriais apropriados, na medida de

cada necessidade, especialmente de forma lúdica, em jogos e brincadeiras, com a função de atingir a integração sensorial. Os resultados foram estatisticamente significativos em relação ao grupo controle, que participou de atividades usuais e não baseadas na Integração Sensorial.

22. Narrativas Sociais (SN)

Definição: narrativas sociais (SN) são intervenções que descrevem situações sociais, a fim de destacar características relevantes de um comportamento ou habilidade alvo e oferecer exemplos de comportamentos apropriados. As narrativas sociais visam ajudar os alunos a se adaptarem às mudanças de rotina, adaptarem seus comportamentos com base nas dicas sociais e físicas de uma situação, ou a ensinar habilidades ou comportamentos sociais específicos. As narrativas sociais são individualizadas de acordo com as necessidades dos alunos e geralmente são bastante curtas, frequentemente contadas em formato de história e geralmente incluem figuras ou outros recursos visuais. Geralmente escritos em primeira pessoa do ponto de vista do aluno, eles incluem frases que detalham a situação, fornecem sugestões ao aluno de comportamentos apropriados e descrevem os pensamentos e sentimentos de outras pessoas envolvidas na situação.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The Use of Social Stories to Reduce Precursors to Tantrum Behavior in a Student with Autism”*³⁶ em que foram localizados dois momentos em que os comportamentos precursores dos comportamentos disruptivos ocorriam. E, a partir daí, apresentaram-se os comportamentos adequados, em histórias sociais e em primeira pessoa. Dois momentos que eram as transições entre ir à escola e voltar, e o momento do almoço. Nestas histórias, eram descritos os comportamentos apropriados e os reforçadores (adesivos e depois um “prêmio” escolhido) pertinentes ao comportamento adequado. Nos dois casos, o sucesso foi total e os disruptivos praticamente zerados.

23. Treino de Habilidades Sociais

Definição: o Treino de Habilidades Sociais (SST) é uma intervenção em grupo ou individual, projetada para ensinar aos alunos formas de participar de maneira adequada e bem-sucedida

em suas interações com os outros. Isso pode incluir relacionamentos com colegas, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade e parceiros românticos. A maioria das sessões de intervenção inclui instrução direta de conceitos básicos, ensaios (*role-play*) ou prática e *feedback* para ajudar os alunos a adquirir e praticar habilidades de comunicação, brincadeira ou práticas sociais para promover interações positivas com os outros. As técnicas de SST geralmente incluem outras EBPs, como reforço, modelação, dicas, intervenções cognitivo-comportamentais, narrativas sociais, *scripts* e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo "*Social Skills Training to Increase Social Interactions Between Children with Autism and Their Typical Peers*"³⁷ em que os adolescentes participavam de um grupo de Treinamento de Habilidades Sociais, no qual eram demonstradas diversas situações sociais e apresentado modelo de interações sociais apropriadas. Após isso, eles ensaiavam essas situações e, a título de reforço, eram corrigidos nos erros cometidos, havendo reforçamento para os acertos. Este procedimento fez com que os adolescentes respondessem muito mais positivamente às interações sociais nos quesitos cumprimentos, imitação e seguimento de instruções, bem como compartilhamento e resposta aos pedidos de ajuda.

24. Análise de Tarefas (TA)

Definição: a Análise de Tarefas (AT) é o processo de decompor uma habilidade comportamental complexa ou "encadeada" em componentes menores para ensinar uma habilidade. O aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais da cadeia progressivamente, até que toda a habilidade seja dominada (também chamada de "encadeamento direto"). Ou o aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais, começando com a etapa final e retornando progressivamente pela cadeia de habilidades até que toda a tarefa seja dominada desde o início (encadeamento de trás para frente). A Análise de Tarefas também pode ser usada para apresentar uma tarefa inteira a um aluno de uma só vez, com etapas claras sobre como atingir a habilidade do início ao fim. Outras práticas, como reforço, videomodelação ou atraso de tem-

po devem ser usadas para facilitar o aprendizado das etapas menores. À medida em que os passos menores são dominados, o aluno se torna mais independente em sua capacidade de executar a habilidade maior.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo em que diversos estudantes (com autismo ou Deficiência Intelectual) foram ensinados a comprar coisas de que gostavam, de modo independente, no mercado. O primeiro passo do processo foi a observação de pessoas que compravam no mesmo lugar e dividir a tarefa em pequenos pedaços, 28 ao total. Depois os estudantes foram acompanhados a fazerem a lista das coisas que queriam comprar e instruídos sobre como realizar cada um dos 28 passos. Em cada passo realizado, o implementador elogiava o acerto ou corrigia o erro, até que o desempenho fosse satisfatório. Todos demonstraram o desempenho desejado.

25. Instrução e Intervenção Assistida por Tecnologia (TAII)

Definição: Instrução e Intervenções Assistidas por Tecnologia (TAII) são aquelas em que a tecnologia é a característica central de uma intervenção. Dado o rápido aumento da inclusão da tecnologia nas intervenções, essa prática baseada em evidências é mais focada em incluir a tecnologia projetada ou empregada especificamente para apoiar o aprendizado ou o desempenho de um comportamento ou habilidade de um aluno. Intervenções que usam uma forma mais geral de tecnologia para fornecer uma prática com evidência em suporte alternativo (por exemplo, exibindo um suporte visual em um dispositivo móvel, videomodelação, alarme em um telefone como parte do autogerenciamento) não estão incluídas nesta base de evidências. O TAIi inclui tecnologias como robôs, software para computador ou baseado na Web, aplicativos para dispositivos e redes virtuais. Os recursos comuns dessas intervenções são a própria tecnologia (como observado) e procedimentos instrucionais para aprender a usar a tecnologia ou apoiar seu uso em contextos apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Emotiplay’: a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation”*³⁸, no qual um site (<https://>

emotiplay.com/) era utilizado como plataforma na qual a criança ou adolescente com autismo leve (eles usam a expressão “autismo de alto funcionamento”) passava por uma série de atividades, especialmente de reconhecimento de faces, linguagem corporal e integração entre elas. Depois de ver um rosto, por exemplo, escolhiam se ele denotava tristeza, alegria, entre outros sentimentos. E o acerto era reforçado. Depois de uma jornada de treinamento, os participantes demonstraram reconhecer muito melhor as emoções alheias, generalizando os resultados para além do jogo.

26. Atraso de tempo (TD)

Definição: o Atraso do Tempo (TD) é uma prática usada para diminuir sistematicamente o uso de Dicas durante as atividades de ensino. Com este procedimento, é fornecido um breve atraso entre a instrução inicial e quaisquer instruções ou dicas adicionais. A pesquisa, baseada em evidências, concentra-se em dois tipos de procedimentos de Atraso de Tempo: progressivo e constante. Com o atraso progressivo do tempo, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre uma instrução e qualquer solicitação que possa ser usada para obter uma resposta do aluno. À medida em que o aprendiz se torna mais competente no uso da habilidade, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre a instrução e a dica. Em um atraso de tempo constante, sempre é usado um período fixo de tempo entre a instrução e a dica, e isso à medida em que o aluno se torna mais experiente no uso da nova habilidade. O atraso de tempo é sempre usado em conjunto com procedimento de dica (por exemplo, dica de menos para mais, dica simultânea, condução graduada).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Teaching students with autism to read pictures*” em que os pesquisadores mostravam, para as crianças, cartas com desenhos de pessoas, objetos ou ações e os ensinavam a reconhecer cada um deles e formar leituras encadeadas desses desenhos. Após uma fase de Dica simultânea, isto é, em que a tarefa era apresentada e logo em seguida a ajuda para que o estudante não errasse, introduzia-se o Atraso de Tempo, fazendo com que a Dica fosse atrasada em 2 segundos em

cada tentativa, para que o estudante se adiantasse e passasse a emitir o comportamento de forma independente.

27. Videomodelação (VM)

Definição: a Videomodelação (VM) é um método de instrução que usa a tecnologia de vídeo para gravar e apresentar uma demonstração do comportamento ou habilidade almejada. A demonstração é mostrada ao aluno, que então tem a oportunidade de executar o comportamento-alvo no momento ou em um momento posterior. Os tipos de modelagem de vídeo incluem modelo adulto ou par como modelo, auto modelagem de vídeo, videomodelação *point-of-view*, Dica em vídeo e feedback em vídeo. A modelagem de vídeo é frequentemente usada com outras EBPs, como Análise de Tarefas, Dicas e estratégias de Reforçamento.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo brasileiro “Aprendizagem Observacional em Crianças com Autismo: Efeitos do Ensino de Respostas de Monitoramento via Videomodelação”³⁹ em que se ensinava crianças com autismo a nomear personagens criados pela própria pesquisa. No vídeo que assistiam, um pesquisador perguntava a um modelo “O que é isso?” apontando o objeto e o modelo, ou acertava (e tinha acesso a reforçadores) ou errava (e não tinha acesso) e as crianças com autismo aprenderam a nomeação correta, observando e discriminando as condições que davam acesso ao reforçador e modelando seu comportamento a partir do vídeo.

28. Suportes Visuais (VS)

Definição: os Suportes Visuais (VS) são dicas concretas que fornecem informações sobre uma atividade, rotina ou expectativa e / ou suporte para alguma habilidade. Os Suportes Visuais são frequentemente combinados com outras práticas, como Dica e Reforçamento, e também são incorporados em muitas intervenções mais complexas ou pacotes interventivos. Alguns exemplos de Suportes Visuais comuns são: rotinas visuais, agendas visuais, sistemas de trabalho, organizadores gráficos, dicas visuais e *scripts*.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*The relationship between predictability and problem behavior for students with severe*

disabilities”⁴⁰ em que os comportamentos inadequados de crianças com autismo severo foram avaliadas e atingiam altos níveis, mas quando havia o planejamento e apresentação visual das atividades antes da intervenção, possibilitando uma previsibilidade, havia uma queda bastante expressiva de comportamentos inadequados, mesmo quando a atividade era ainda desconhecida, simplesmente pelo fato de ela ter sido apresentada no planejamento do dia.

Considerações Finais

Sendo sintético, a questão basilar é essa: não me parece ético submeter pessoas com o Transtorno do Espectro Autista a práticas sem nenhuma demonstração de efetividade. Centenas de estudos realizados em todo o mundo e as amplas revisões científicas do NAC e NCAEP realizaram o belíssimo trabalho de separar o joio do trigo e indicar quais práticas possuem evidência e podem realmente ajudar as pessoas com autismo a terem melhor qualidade de vida. Nossa tarefa é estudar exaustivamente e dar o melhor de nós, a fim de garantir que a presença de uma deficiência não seja desculpa para privar os autistas de seus Direitos Humanos.

Referências Bibliográficas

1. Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
2. Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.
3. <https://www.terapiaaba.com.br/upload/ebp-traducao-final.pdf>.
4. National Autism Center. Findings and conclusions: National standards project, phase 2. 2015.
5. Randolph, M. A. National Standards Report. National Autism Center, 2009.
6. Clark, Megan Louise Erin et al. School age outcomes of children diagnosed early and later with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 48, n. 1, p. 92-102, 2018.
7. Linstead, Erik et al. Intensity and learning outcomes in the treatment of children with autism spectrum disorder. *Behavior modification*, v. 41, n. 2, p. 229-252, 2017.
8. Howard, Jane S. et al. Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities*, v. 35, n. 12, p. 3326-3344, 2014.
9. Lovaas, O. Ivar. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 55, n. 1, p. 3, 1987.
10. Odom, Samuel L. et al. Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. Preventing school failure: Alternative education for children and youth, v. 54, n. 4, p. 275-282, 2010.
11. Wong, Connie et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 45, n. 7, p. 1951-1966, 2015.
12. As definições que apresentamos são tradução livre do documento do NCAEP.
13. Haley, Janet L.; Heick, Patrick F.; Luiselli, James K. Use of an antecedent intervention to decrease vocal stereotypy of a student with autism in the general education classroom. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 32, n. 4, p. 311-321, 2010. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317107.2010.515527>.
14. Carr, Deborah; Felce, Janet. The effects of PECS teaching to Phase III on the communicative interactions between children with autism and their teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 4, p. 724-737, 2007.
15. Davis, Carol Ann et al. Effects of high probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 25, n. 4, p. 905-916, 1992.
16. Mcconachie, Helen et al. Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, v. 18, n. 6, p. 723-732, 2014.
17. Bruhn, Allison L. et al. Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach. *Behavioral Disorders*, v. 41, n. 1, p. 21-37, 2015.
18. Mais informações podem ser encontradas no National Institute for Direct Instruction (NIFDI) website (www.nifdi.org).

19. Cadette, Jessica N. et al. The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism Spectrum disorder to answer “wh-” questions. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 46, n. 9, p. 2968-2978, 2016.
20. Guerra, Bárbara. Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com transtorno do espectro autista (TEA). 2015.
21. A tradução de termos técnicos teve o apoio do Prof. Dr. Paulo Chereguini, pesquisador em Educação Física aplicada ao Transtorno do Espectro Autista.
22. Cannella-Malone, Helen I.; Tullis, Christopher A.; Kazze, Aline R. Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*, v. 13, n. 4, p. 230-239, 2011.
23. Reeves, Linda M. et al. Function-based intervention to support the inclusion of students with autism. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, p. 379-391, 2013.
24. Camacho, Regina et al. Conducting a function-based intervention in a school setting to reduce inappropriate behaviour of a child with autism. *Behaviour Change*, v. 31, n. 1, p. 65-77, 2014.
25. Michel, Renata Cristina et al. Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esQUIVA da tarefa em crianças com TEA. 2018.
26. Dequinzio, Jaime Ann; TAYLOR, Bridget A. Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 48, n. 1, p. 38-51, 2015.
27. Kern, Petra; Worely, Mark; Aldridge, David. Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 7, p. 1264-1271, 2007.
28. Hernandez, M.A.Z.D. (2017) Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Análise do Comportamento) São Paulo: Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
29. Cesar de Oliveira, J. S. Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 34 páginas. 2017.
30. Bambara, Linda M. et al. A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 27, p. 29-43, 2016.
31. De Carvalho Silva, Elaine; Elias, Nassim Chamel. Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 33, n. 1, 2018.
32. De Garcia, Marcus Vinícius Fonseca; Oliveira, Thais Porlan. Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando reforçamento não contingente e treino de mando. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, v. 12, n. 1, 2016.
33. Wells, Jenny; Collier, Lisha; Sheehy, Patricia H. Decreasing vocal stereotypy of a youth with autism in a classroom setting. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 38, n. 2, p. 164-174, 2016.
34. Crutchfield, Stephen A. et al. Use of a self-monitoring application to reduce stereotypic behavior in adolescents with autism: A preliminary investigation of I-Connect. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 5, p. 1146-1155, 2015.

35. Schaaf, Roseann C. et al. An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 44, n. 7, p. 1493-1506, 2014.
36. Kuttler, Shari; Myles, Brenda Smith; Carlson, Judith K. The use of social stories to reduce precursors to tantrum behavior in a student with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, v. 13, n. 3, p. 176-182, 1998.
37. Gonzalez- Lopez, Adriana; Kamps, Debra M. Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus on autism and other developmental disabilities*, v. 12, n. 1, p. 2-14, 1997.
38. Friedenson-Hayo, S. et al. 'Emotiplay': a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation. *European child & adolescent psychiatry*, v. 26, n. 8, p. 979-992, 2017.

Bibliografia Básica

- Lacerda, Lucelmo. *Transtorno do Espectro Autista: uma brevíssima introdução*. Curitiba: CRV, 2018.
- Bosa, C.A., Teixeira, M.C. *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica*. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- Schwartzman, J. S.; Araújo, C. A. (Orgs) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2011.
- National Autism Center. *Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2*. Free report, 2015. Disponível em: <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/>.
- Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.
- Orsati, F.T. et al. *Práticas para a sala de aula baseadas em evidências*. São Paulo: Memnon, 2015.
- Lacerda, Lucelmo. *Educador ou cuidador? O acompanhante do estudante com autismo em inclusão no Brasil*. Apresentação no 1º Congresso Luso-Brasileiro de TEA e Educação Inclusiva. 2017.
- Capellini, V.L.M.F. *Avaliação das possibilidades do ensino colaborativo no processo de inclusão escolar do aluno com deficiência mental*. 302 fls. Tese (Doutorado em Educação Especial) São Carlos: UFSCar, 2004.
- Bagaiolo, Leila. Guilhardi, Cíntia. Romano, Cláudia. "Análise do Comportamento Aplicada – ABA" In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves de. (Orgs.) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, pp. 278-296.
- Mendes, Enicéia Gonçalves. *A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil*. *Revista Brasileira de Educação*, v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006.
- Mendes, E.G., Almeida, M.A., Williams, L.C.A. (Orgs). *Temas em Educação Especial: avanços recentes*. São Carlos: EDUFSCar, 2009.
- Bueno, J.G.S. *Educação especial brasileira: questões conceituais e de atualidade*. São Paulo: EDUC, 2011.
- Stock, Richard A.; Schulze, Kimberly A.; Mirenda, Pat. *A comparison of stimulus-stimulus pairing*,

standard echoic training, and control procedures on the vocal behavior of children with autism. *The analysis of verbal behavior*, v. 24, n. 1, p. 123-133, 2008.

Ahrens, Erin N. et al. Further evaluation of response interruption and redirection as treatment for stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 44, n. 1, p. 95-108, 2011.

Miguel, Caio F. et al. The effects of response interruption and redirection and sertraline on vocal stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 42, n. 4, p. 883-888, 2009.

Hagopian, Louis P. et al. Response interruption and differential reinforcement of alternative behavior for the treatment of pica. *Behavioral Interventions*, v. 26, n. 4, p. 309-325, 2011.

Ramachandran, V. S. O que o cérebro tem para contar: desvendando os mistérios da natureza humana. Zahar, 2014.

Frith, Uta. *Autism: A very short introduction*. Oxford University Press, 2008.

Iwata, B. A., KAHNG, S. W., Wallace, M. D., & Lindberg, J. S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. In J. Austin & Carr, J.E. (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 61-90). Reno, NV: Context Press.

Matson, Johnny L.; Vollmer, T. R. *User's guide: Questions about behavioral function (QABF)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers, 1995.

Matson, Johnny L. et al. A validity study on the questions about behavioral function (QABF) scale: Predicting treatment success for self-injury, aggression, and stereotypies. *Research in developmental disabilities*, v. 20, n. 2, p. 163-175, 1999.

Sturme, Peter. Assessing the functions of self-injurious behavior: A case of assessment failure. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 331-336, 1994.

Mahoney, Kurt; Wagenen, R.; Meyerson, Lee. Toilet training of normal and retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 4, n. 3, p. 173-181, 1971.

Isaksen, Jørn; Holth, Per. An operant approach to teaching joint attention skills to children with autism. *Behavioral Interventions*, v. 24, n. 4, p. 215-236, 2009.

Law, Mary C.; Baum, Carolyn Manville; Dunn, Winnie. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Slack Incorporated, 2005.

Smith, David (Ed.). *Social work and evidence-based practice*. Jessica Kingsley Publishers, 2004.

Leonardi, Jan Luiz. *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Mankad, Deepali et al. A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Molecular autism*, v. 6, n. 1, p. 18, 2015.

Harbour, Robin; Miller, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ: British Medical Journal*, v. 323, n. 7308, p. 334, 2001.

Davies, Philip. Revisões Sistemáticas e a Campbell Collaboration. In: Thomas, G., Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 31-44.

Thomas, G. Introdução: evidências e prática. In: THOMAS, G., PRING, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.

Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.

**Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências
2020**



EDIÇÃO DE 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

PATROCÍNIO:



APOIO:



REALIZAÇÃO:



ISBN: 978-65-00-12458-3



Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista

Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde

Edição em Português da



Estas diretrizes são fornecidas apenas para fins informativos e não representam aconselhamento profissional ou jurídico. Existem muitas variáveis que influenciam e direcionam a prestação de serviços profissionais da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). The Council of Autism Service Providers (CASP) e os autores destas diretrizes não assumem qualquer responsabilidade pela aplicação dessas diretrizes na prestação de serviços ABA. As diretrizes apresentadas neste documento refletem o consenso de uma série de especialistas no assunto, mas não representam uma única prática aceitável. Estas diretrizes também não refletem ou criam qualquer afiliação entre aqueles que participaram no seu desenvolvimento. O CASP não requer ou garante que estas diretrizes se aplicam ou devem ser aplicadas em todos os contextos. Como alternativa, estas diretrizes são oferecidas como um recurso informativo que deve ser considerado em consultorias com pais, analistas do comportamento, reguladores, financiadores e gestores de planos de saúde.

Copyright © 2014, 2020, 2022 do The Council of Autism Service Providers (“CASP”). Ver. 2.0 (português)

Esta edição em Português foi realizada pela DAXTA (editora) com licença do CASP (autor). Cópias eletrônicas e/ou em papel como parte de todo este trabalho podem ser feitas para fins pessoais, educacionais ou de formulação de políticas públicas, desde que tais cópias não sejam feitas ou distribuídas com fins lucrativos ou vantagem comercial. Não é permitida a distribuição deste documento pela internet. Se desejar compartilhar ou distribuir este documento, a URL da página oficial do autor e/ou editor pode ser usada. Outros usos e/ou distribuições por qualquer outro meio requerem permissão prévia do The Council for Autism Service Providers e da editora da versão em português, DAXTA. Estas instituições podem ser contactadas por info@casproviders.org e contact@daxta.com. Todas as cópias, independentemente do meio, precisam incluir esta nota na primeira página. É permitido utilizar partes do documento desde que se dê o crédito adequado para “Copyright © 2020 do The Council of Autism Service Providers (CASP), todos os direitos são reservados.” Para citações acadêmicas, use a referência abaixo.

The Council of Autism Service Providers. (2022). Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista: Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde (2a ed. em português, L. A. Sump & M. C. Guimarães ed.). DAXTA.



TABELA DE CONTEÚDO

Parte I: Visão Global

SEÇÃO 1: Resumo	3
SEÇÃO 2: Transtorno do Espectro Autista e Análise do Comportamento Aplicada.....	4
SEÇÃO 3: Considerações	5

Parte II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: Treinamento e Credenciamento de Analistas do Comportamento.....	6
SEÇÃO 2: Análise do Comportamento Aplicada no Tratamento do Transtorno do Espectro Autista.....	10
SEÇÃO 3: Avaliação, Formulação de Objetivos de Tratamento, e Mensuração do Progresso do Cliente.....	19
SEÇÃO 4: Autorização de Serviço e Dosagem	22
SEÇÃO 5: Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais	27
SEÇÃO 6: Supervisão de Caso	32
SEÇÃO 7: Trabalhando com Cuidadores e Outros Profissionais.....	37
SEÇÃO 8: Alta, Planejamento de Transição e Continuidade de Suporte	41

Parte III: Apêndices

APÊNDICE A: Critérios de Elegibilidade para Certificação do BACB	42
APÊNDICE B: Bibliografia Seleccionada	45
APÊNDICE C: Notas de Rodapé	46



PARTE I: Visão Global

SEÇÃO 1: RESUMO

O objetivo deste documento é informar a tomada de decisão sobre o uso da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) com a finalidade de desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo alcance prático possível, o funcionamento de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) de maneiras que são ao mesmo tempo eficazes e com um bom custo-benefício.¹

O documento é baseado nas melhores evidências científicas disponíveis e na opinião clínica de especialistas sobre o uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para indivíduos diagnosticados com TEA. As diretrizes têm intenção de servirem como uma introdução breve e fácil de serem usadas na prestação de serviços ABA para o TEA. Estas diretrizes são escritas para financiadores e gestores de saúde, tais como planos de saúde, programas de saúde do governo, empregadores, entre outros. As diretrizes também podem ser úteis para consumidores, prestadores de serviços e órgãos reguladores.

Este documento fornece diretrizes clínicas e outras informações sobre ABA como tratamento para o TEA. Como um tratamento de saúde comportamental, ABA inclui uma série de aspectos e de componentes clínicos únicos para a prestação de serviços. Portanto, é importante que os responsáveis pela construção de uma rede de provedores entendam essas características únicas da ABA.

Esta é a segunda edição deste manual de recursos e continuará a ser periodicamente atualizado para refletir mudanças na prática clínica e nos resultados de pesquisas científicas. Referências e informações adicionais podem ser encontradas nos apêndices.



SEÇÃO 2: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA

1 O que é o TEA?

O TEA é caracterizado por vários graus de dificuldade na interação social, na comunicação verbal e não verbal, e na presença de comportamento repetitivo e/ou interesses restritos.² Devido à variabilidade e apresentação de sintomas, dois indivíduos com diagnóstico de TEA não são iguais em relação a como o transtorno se manifesta e no seu impacto nas famílias. Devido à natureza do transtorno, pessoas com TEA frequentemente não irão atingir a habilidade de funcionar de forma independente sem o tratamento clínico necessário.

2 O que é ABA?

ABA é uma disciplina científica bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas que foca na análise, delineamento, implementação e avaliação de modificações sociais e ambientais para produzir mudanças significativas no comportamento humano. ABA inclui o uso de observação direta, mensuração e análise funcional das relações entre o ambiente e comportamento. ABA usa mudanças nos eventos ambientais, incluindo estímulos antecedentes e conseqüências, para produzir mudanças práticas e significativas no comportamento. Estes eventos ambientais relevantes são geralmente identificados por meio de uma variedade de métodos de avaliação especializados. ABA entende que o comportamento de um indivíduo é determinado por eventos ambientais passados e atuais em conjunto com variáveis orgânicas, tais como dotação genética e variáveis fisiológicas. Assim, quando aplicada ao TEA, a ABA foca em intervir em dificuldades do transtorno por meio de modificações nos ambientes sociais e de aprendizagem do indivíduo.

As diretrizes atuais são específicas para a ABA como um tratamento de saúde comportamental para o TEA. No entanto, a ABA também tem eficácia demonstrada no tratamento de sintomas de diversas condições, incluindo comportamentos destrutivos severos, abuso de substâncias, demência, distúrbios alimentares pediátricos, traumatismo craniano, entre outros.

Os efeitos bem-sucedidos na remediação de deficits centrais do TEA e o desenvolvimento ou restabelecimento de habilidades, que estão documentados em centenas de estudos revisados por pares publicados nos últimos 50 anos, tornou a ABA o tratamento padrão de cuidados para o tratamento do TEA (ver Apêndice B).



SEÇÃO 3: CONSIDERAÇÕES

- Este documento contém diretrizes e recomendações que refletem os resultados de pesquisas e de melhores práticas clínicas. Entretanto, o tratamento individualizado é uma característica definidora e componente integral da ABA, que é uma das razões pelas quais tem sido tão bem-sucedida no tratamento deste transtorno heterogêneo.
- Alguns indivíduos diagnosticados com TEA apresentam comorbidades, incluindo, mas não se limitando, a deficiência intelectual, distúrbios convulsivos, distúrbios psiquiátricos, anormalidades cromossômicas, distúrbios alimentares, distúrbios do sono, distúrbios de eliminação, comportamento destrutivo (por exemplo, autolesão e agressão) e uma variedade de outras condições que requerem tratamento médico adicional. **Estas diretrizes se aplicam a indivíduos com diagnóstico de TEA que apresentam estas comorbidades, já que pesquisas estabeleceram que ABA também é eficaz para esta população de clientes.**
- As diretrizes neste documento são pertinentes ao uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo possível, o funcionamento de um indivíduo com TEA.
- Estas diretrizes não devem ser usadas para diminuir a disponibilidade, qualidade ou frequência de serviços de tratamento ABA disponíveis.
- A cobertura do tratamento ABA para TEA por financiadores e gestores de saúde não deve suprimir as responsabilidades de entidades educacionais ou governamentais.
- A especificação da ABA em um programa educacional ou governamental não deve suprimir a cobertura da ABA por financiadores e gestores de saúde.
- O tratamento ABA não deve ser restrito a priori a lugares específicos, mas ao invés, deve ser administrado em lugares que maximizam os resultados do tratamento para o cliente específico.
- Este documento fornece orientação apenas sobre o tratamento ABA; outros tratamentos de saúde comportamental não são abordados.



PARTE II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: TREINAMENTO E CREDENCIAMENTO DE ANALISTAS DO COMPORTAMENTO

ABA é uma abordagem com enfoque especializado no tratamento de saúde comportamental e a maioria dos programas de graduação ou pós-graduação em psicologia, terapia ocupacional, serviço social ou outras áreas da prática clínica não fornecem uma formação profunda nesta disciplina. Assim, uma compreensão do processo de credenciamento de Analistas Comportamentais pelo Behavior Analyst Certification Board® (BACB®) pode auxiliar os planos de saúde e seus assinantes na identificação daqueles provedores que atendem às competências básicas para praticar ABA.

O treinamento formal dos profissionais credenciados pelo BACB é semelhante ao de outros profissionais da área médica e de saúde comportamental. Ou seja, eles são inicialmente treinados em um ambiente acadêmico e, em seguida, começam a trabalhar em um ambiente clínico supervisionado com clientes. Conforme eles demonstram gradualmente as competências necessárias para gerenciar problemas clínicos complexos com uma variedade de clientes e ambientes de saúde, eles se tornam profissionais independentes. Em resumo, os Analistas do Comportamento passam por uma trajetória rigorosa de treinamento e educação, incluindo um período de “estágio” em que trabalham sob a supervisão direta de um Analista do Comportamento experiente.

Deve-se notar que outros profissionais licenciados podem ter ABA incluído em seu escopo particular de treinamento e competência. Além disso, um pequeno subconjunto de clínicos podem ser licenciados por outra profissão e também possuir uma credencial do BACB, fornecendo assim evidências adicionais da natureza e profundidade de seu treinamento em ABA.

Embora o financiamento da saúde e a gestão de tratamentos de saúde comportamental supervisionados por Analistas do Comportamento sejam relativamente recentes, os Analistas do Comportamento, como outros provedores de saúde médica e comportamental, se baseiam em estratégias e procedimentos documentados na literatura revisada por pares, protocolos de tratamento estabelecidos e em estruturas de tomada de decisão clínica. Eles avaliam continuamente o estado atual do cliente e personalizam as opções de tratamento com base nos resultados da observação direta e dados de uma série de outras avaliações. Os Analistas do Comportamento também solicitam e integram informações do cliente e de membros da família e coordenam intervenções com outros profissionais.

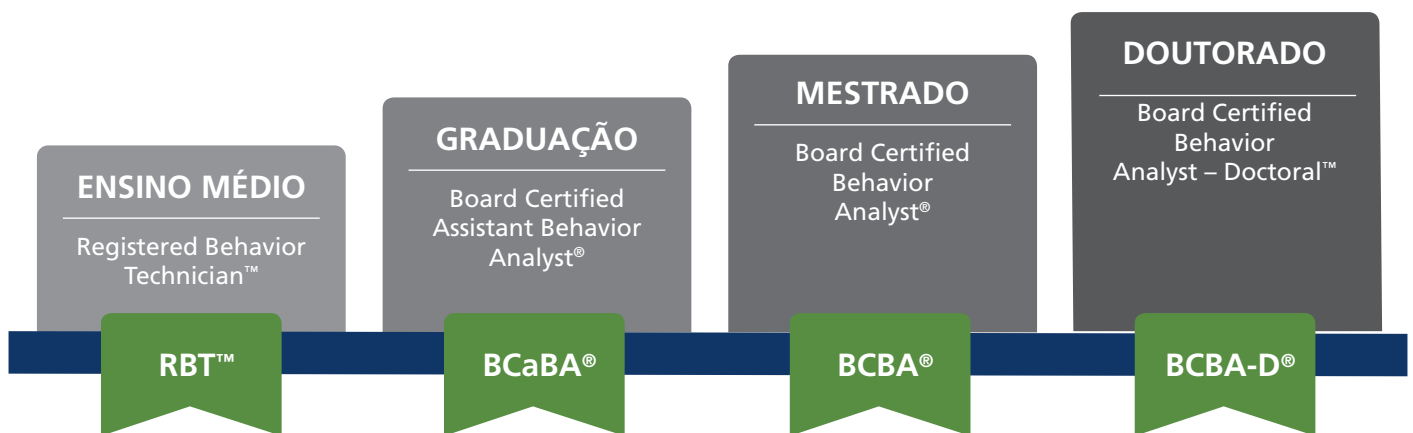
O Behavior Analyst Certification Board

O BACB é uma corporação sem fins lucrativos 501(c)(3) estabelecida para atender às necessidades de credenciamento profissional identificadas por Analistas do Comportamento, governos e consumidores de serviços de análise de comportamento. A missão do BACB é de proteger os consumidores de serviços de análise do comportamento em todo o mundo, sistematicamente estabelecendo, promovendo e disseminando diretrizes profissionais. O BACB estabeleceu conteúdo, diretrizes e critérios uniformes para o processo de credenciamento projetado para atender:

- As diretrizes de padrões legais estabelecidos por meio de leis estaduais, nacionais e jurisprudência;
- As diretrizes que são aceitas para certificação de programas; e
- As “melhores práticas” e padrões éticos da profissão da análise do comportamento.

Os programas de certificação de BCBA e BCaBA são atualmente acreditados pela National Commission for Certifying Agencies (NCCA), o braço de credenciamento do Institute for Credentialing Excellence. NCCA revisa e supervisiona todos os aspectos relacionados em garantir o desenvolvimento e aplicação de processos de credenciamento adequados.

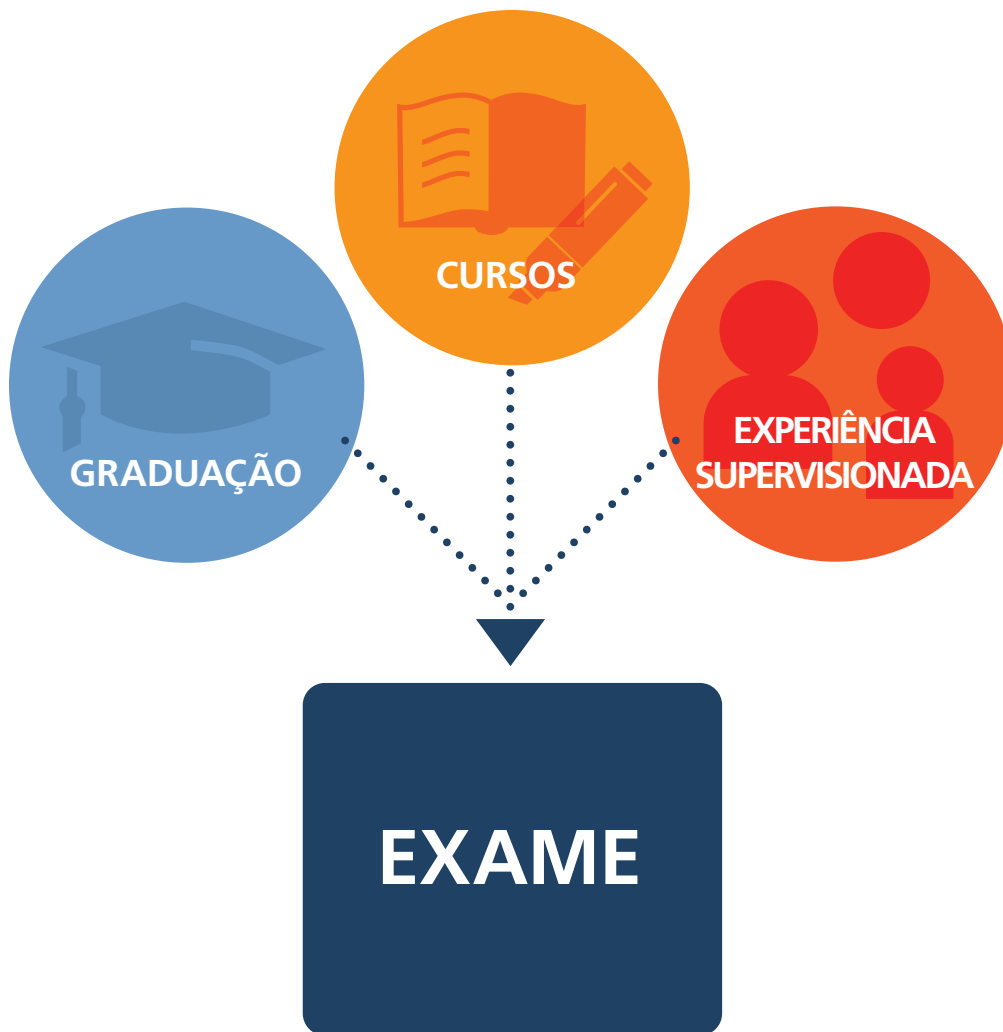
O BACB credencia e reconhece profissionais em quatro níveis:



Praticantes credenciados nos níveis BCBA-D e BCBA são definidos como Analistas do Comportamento. O BACB requer que BCaBAs, ou Analistas Comportamentais Assistentes, trabalhem sob a supervisão de um BCBA-D ou BCBA. RBTs precisam trabalhar sob a supervisão de um BCBA-D, BCBA ou BCaBA. Nota: os critérios para a credencial RBT são descritos na Seção 5 (Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais).

Critérios de Elegibilidade para Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes

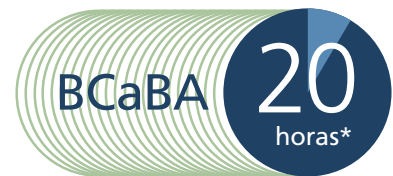
Candidatos que finalizam os requerimentos de qualificação de graduação, cursos e experiência supervisionada descritos na próxima seção, podem fazer o exame para o BCBA ou BCaBA (veja a figura abaixo). Cada exame é desenvolvido profissionalmente para atender aos padrões de exame reconhecidos e é baseado nos resultados de uma análise de trabalho e pesquisa formais. Além disso, todos os exames do BACB são oferecidos sob condições de teste seguros e são administrados e avaliados profissionalmente.



Critérios primários para a certificação pelo BACB

Educação Continuada e Manutenção da Certificação

Os profissionais certificados pelo BACB são obrigados a atestar que seguem as regras éticas e disciplinares da organização (veja abaixo) a cada dois anos e obter 20 (BCaBA) ou 32 (BCBA, BCBA-D) horas* de educação continuada a cada dois anos, quatro dessas horas precisam ser relacionadas a ética profissional. Organizações que empregam Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes devem apoiar e fornecer este treinamento conforme necessário.



**créditos de ed. continuada a cada 2 anos*

Procedimentos Disciplinares

Certificantes pelo BACB precisam relatar regularmente qualquer assunto que possa afetar o seu cumprimento ético. Os critérios éticos do BACB podem ser encontrados em www.bacb.com.

O BACB usa um sistema de reclamação online pelo qual a organização é alertada sobre potenciais violações disciplinares. Cada reclamação é avaliada pelo departamento jurídico do BACB e depois, com base no seu mérito, é encaminhada a um comitê para análise e processamento. Os membros do comitê são BCBA ou BCBA-Ds seniors selecionados por seus conhecimentos e independência, e quando aconselhável, inclui um membro da região do certificando. Ações disciplinares para certificantes incluem, mas não estão limitadas a consultoria de aconselhamento, educação continuada obrigatória, suspensão da certificação ou revogação da certificação. Resultados das ações disciplinares são relatadas publicamente online.

Licença de Analistas do Comportamento

As credenciais ou diretrizes da certificação do BACB são atualmente a base para o licenciamento nos estados dos Estados Unidos (EUA) onde Analistas do Comportamento são licenciados. Baseando o licenciamento nas credenciais do BACB tem bom custo-benefício e garante que competências críticas em relação à prática e pesquisa são periodicamente revisadas e atualizadas por profissionais e pesquisadores. Quer seja usado como base para o licenciamento ou como uma credencial "independente", as credenciais de certificação do BACB são reconhecidas nos estados onde as leis de reforma de seguro de saúde foram promulgadas e em outros estados também.



SEÇÃO 2: **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

A Análise do Comportamento Aplicada é uma disciplina bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas, com um corpo de conhecimento científico substancial, com diretrizes estabelecidas para a prática baseada em evidências, com métodos distintos de prestação de serviços, com critérios educacionais e experiência reconhecidos para a prática e com critérios necessários identificados para a educação nas universidades. Os profissionais da ABA se dedicam ao uso específico e abrangente de princípios de aprendizagem, incluindo a aprendizagem operante e respondente, para atender às necessidades de indivíduos com TEA em diversos ambientes. Os serviços são prestados e supervisionados por Analistas do Comportamento com especialização e treinamento formal em ABA para o tratamento específico do TEA.

1 Identificando ABA

Financiadores e gestores de saúde precisam ser capazes de reconhecer as seguintes características centrais da ABA:

1. Uma avaliação objetiva e análise da condição do cliente pela observação de como o ambiente afeta o comportamento do cliente, conforme evidenciado por meio da coleta de dados adequada.
2. Importância dada a compreensão do contexto do comportamento e o valor do comportamento para o indivíduo, família e comunidade.
3. Utilização dos princípios e procedimentos da análise do comportamento de forma que a saúde do cliente, independência e qualidade de vida sejam melhoradas.
4. Avaliação objetiva, consistente e contínua e análise dos dados para informar a tomada de decisão clínica.

2 Elementos Essenciais para a Prática da ABA

As quatro características principais listadas anteriormente devem ser evidentes em todas as fases da avaliação e do tratamento manifestando-se nos seguintes elementos essenciais da prática profissional:

1. **Avaliação abrangente** que descreve os níveis específicos do comportamento durante a linha de base e informa o subsequente estabelecimento dos objetivos do tratamento.
2. **Uma ênfase na compreensão do valor atual e futuro** (ou relevância social) do(s) comportamento(s) selecionado(s) para tratamento.
3. Um enfoque prático no **estabelecimento de pequenas unidades de comportamento**, que de forma cumulativa, levam a mudanças mais significativas no funcionamento relacionados à melhoria da saúde e níveis de independência.
4. Coleta, quantificação e análise de **dados observados diretamente** em comportamentos alvo durante tratamento e acompanhamento para maximizar e manter o progresso em direção aos objetivos do tratamento
5. Esforços para **delinear, estabelecer e gerenciar o(s) ambiente(s) social(is) e de aprendizagem** para minimizar comportamento(s) problema e maximizar a taxa de progresso em direção a todos os objetivos.
6. Uma abordagem para o tratamento do comportamento problema que **conecta a função** (ou o motivo) do comportamento às estratégias de intervenção programadas.
7. Uso de um **plano de tratamento analítico-comportamental cuidadosamente construído, individualizado e detalhado** que utiliza reforçamento e outros princípios comportamentais e exclui o uso de métodos ou técnicas que não tenham consenso sobre sua eficácia com base na evidência das publicações revisadas por pares.
8. Uso de **protocolos de tratamento que são implementados repetidamente, frequentemente e consistentemente** através dos ambientes até que os critérios de alta sejam atendidos.
9. Uma ênfase na **avaliação direta contínua e frequente, análise e ajustes no plano de tratamento** (pelo Analista do Comportamento) com base no progresso do cliente, conforme determinado por observações e análise objetiva dos dados.
10. **Apoio direto e treinamento de familiares e outros profissionais envolvidos** para promover funcionamento otimizado e promover generalização e manutenção de melhorias comportamentais.
11. Uma **infraestrutura abrangente para supervisão** de toda avaliação e tratamento por um Analista do Comportamento.



3 Modelos de Tratamento

Os programas de tratamento ABA para o TEA incorporam descobertas de centenas de estudos aplicados focados na compreensão e tratamento do TEA publicados em periódicos revisados por pares ao longo de um período de mais de 50 anos. O tratamento pode variar em termos de intensidade e duração, complexidade e alcance dos objetivos do tratamento, e da extensão do tratamento fornecido diretamente. Muitas variáveis, incluindo o número, complexidade e intensidade dos comportamentos alvo e a própria resposta do cliente ao tratamento ajuda a determinar qual modelo é o mais apropriado. Embora os modelos de tratamento sejam existentes em um contínuo, estas diferenças podem ser geralmente categorizadas como um dos dois modelos de tratamento: Tratamento ABA Focado ou Abrangente.³

Tratamento ABA Focado

Descrição do Serviço

ABA Focado refere-se ao tratamento fornecido diretamente ao cliente para um número limitado de comportamentos alvo. Isto não é restrito por condições de idade, nível cognitivo ou comorbidades.

O tratamento ABA Focado pode envolver o aumento de comportamento socialmente apropriado (por exemplo, aumento de iniciações sociais) ou redução de comportamento problema (por exemplo, agressão) como alvo principal. Mesmo quando a redução do comportamento problema é o objetivo principal, é fundamental também focar no aumento dos comportamentos alternativos apropriados, porque a ausência de comportamentos apropriados é muitas vezes o precursor de distúrbios comportamentais graves. Portanto, o tratamento ABA Focado também é adequado para indivíduos que precisam adquirir habilidades (por exemplo, comunicação, tolerância de mudanças nos ambientes e em atividades, autoajuda, habilidades sociais).

Tratamento ABA Focado pode envolver aumento de comportamento socialmente apropriado... ou redução de comportamento problema.

Os planos do ABA Focado são apropriados para indivíduos que (a) precisam apenas de tratamento para um número limitado de habilidades funcionais ou (b) têm um comportamento problema tão agudo que seus tratamentos devem ser priorizados.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Focado, cont.

Exemplos de habilidades funcionais importantes incluem, mas não estão limitados ao, estabelecimento de seguimento de instruções, habilidades de comunicação social, seguimento de procedimentos médicos e odontológicos, higiene do sono, habilidades de autocuidado, habilidades de segurança e habilidades de lazer independentes (por exemplo, participação apropriada em atividades da família e da comunidade). Exemplos de comportamentos problema graves que requerem intervenção focada incluem, mas não estão limitados a, autolesão, agressão, ameaças, pica, fuga, distúrbios alimentares, comportamento estereotipado motor ou vocal, destruição de propriedade, oposição em seguir as rotinas básicas e comportamento disruptivo ou comportamento disfuncional social.

Ao priorizar a ordem para abordar múltiplos alvos do tratamento, o seguinte deve ser considerado:

- **Comportamento que ameace a saúde ou segurança do cliente ou outros ou que constitua uma barreira à qualidade de vida** (por exemplo, agressão severa, automutilação, destruição de propriedade, ou oposição);
- **Ausência de habilidades adaptativas, sociais ou funcionais adequadas ao desenvolvimento que são fundamentais para manter a saúde, inclusão social e maior independência** (por exemplo, ir ao banheiro, vestir-se, alimentar-se e seguir os procedimentos médicos).

Quando o foco do tratamento envolve o aumento do comportamento socialmente apropriado, o tratamento pode ser administrado tanto em formato individual ou grupo pequeno. Quando conduzido em um grupo pequeno, pares com desenvolvimento típico ou indivíduos com diagnósticos semelhantes podem participar da sessão. Membros da equipe analítico-comportamental podem orientar a prática dos objetivos comportamentais entre os clientes e outras pessoas que participam das sessões. Como em todos os tratamentos, é essencial programar a generalização das habilidades para fora da sessão.

Quando o foco do tratamento envolve a redução de comportamento problema grave, o Analista do Comportamento irá determinar quais são as situações mais prováveis de precipitar um comportamento problema e, com base nessas informações, começar a identificar seu potencial propósito (ou “função”). Isso pode exigir a realização de um procedimento de análise funcional para empiricamente demonstrar a função do comportamento problema. Os resultados permitem que o Analista do Comportamento desenvolva o protocolo de tratamento mais eficaz. Quando a função do comportamento problema for identificada, o Analista do Comportamento elaborará um plano de tratamento que altere o ambiente para reduzir a motivação para o comportamento problema e/ou estabeleça um comportamento novo mais apropriado que tenha a mesma função e, portanto, “substitui” o comportamento problema.

Em alguns casos, indivíduos com TEA exibem transtornos graves de comportamento concomitantes que requerem um tratamento focado em ambientes mais intensivos, como ambulatórios especializados, tratamento dia, programas residenciais ou de internação. Nestes casos, estes transtornos de comportamento têm diagnósticos separados e distintos (por exemplo, Transtorno do Movimento Estereotipado com comportamento de autolesão grave). Os serviços ABA prestados nesses ambientes geralmente exigem taxas mais altas de funcionários por cliente (por exemplo, dois a três funcionários para cada cliente) e orientação de perto, no próprio local, do Analista do Comportamento. Além disso, esses programas de tratamento muitas vezes têm ambientes de tratamento especializados (por exemplo, salas de tratamento projetadas para observação e para manter os clientes e os funcionários o mais seguro possível).

Tratamento ABA Abrangente

Descrição do Serviço

ABA Abrangente refere-se ao tratamento dos vários domínios do desenvolvimento afetados, como cognitivo, comunicativo, social, emocional e funcionamento adaptativo. Comportamentos mal-adaptativos, como oposição, birra e estereotipia também costumam ser o foco do tratamento. Embora existam diferentes tipos de tratamento abrangente, um exemplo é a intervenção comportamental precoce e intensiva, onde o objetivo maior é fechar a lacuna entre o nível de funcionamento do cliente e dos pares com desenvolvimento típico. Esses programas tendem a variar de 30-40 horas de tratamento por semana (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento de cuidadores). Inicialmente, este modelo de tratamento normalmente envolve um profissional 1:1 cliente e gradualmente inclui formato de pequenos grupos conforme apropriado. O Tratamento Abrangente também pode ser apropriado para indivíduos mais velhos diagnosticados com TEA, particularmente se eles engajam em comportamentos graves ou perigosos em vários ambientes.

Inicialmente, o tratamento é normalmente fornecido em sessões de terapia estruturadas, que são integradas com métodos mais naturalísticos conforme apropriado. Quando o cliente progride e alcança os critérios estabelecidos para participação em ambientes maiores ou diferentes, o tratamento nesses ambientes e na comunidade mais ampla devem ser fornecidos. Treinar membros da família e outros cuidadores para gerenciar comportamentos problema e interagir com o indivíduo com TEA de forma terapêutica é um componente crítico deste modelo de tratamento.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Abrangente, cont.

Componentes Típicos do Programa

Os componentes do tratamento devem geralmente refletir as seguintes áreas (ordenados alfabeticamente):

- Assertividade e independência
- Atenção compartilhada e referência social
- Auto gerenciamento
- Desenvolvimento emocional
- Funcionamento cognitivo
- Habilidades adaptativas e de autocuidado
- Habilidades de brincadeiras e lazer
- Habilidades de enfrentamento e tolerância
- Habilidades de segurança pessoal
- Habilidades pré-acadêmicas
- Habilidades vocacionais
- Linguagem e comunicação
- Participação na comunidade
- Redução de comportamentos de interferências ou inadequados
- Relações familiares
- Relações sociais

Para informações sobre a intensidade e duração do tratamento para vários Tratamentos Focais e Abrangentes, consulte a Seção 4 (Autorização de Serviço e Dosagem).

4 Variações Dentro Destes Modelos

Os programas de tratamento dentro de qualquer um destes modelos variam ao longo de várias dimensões programáticas, incluindo o grau em que eles são primariamente orientados pelo provedor ou pelo cliente (às vezes descritos como “estruturado vs. naturalista”). Outras variações incluem até que ponto os pares ou pais estão envolvidos na administração do tratamento. Finalmente, alguns diferem em grau no sentido de que fazem parte de uma “marca” disponível comercialmente.

As decisões sobre como essas várias dimensões são implementadas nos planos de tratamento individuais precisam refletir muitas variáveis, incluindo a base de pesquisa, a idade do cliente, aspectos específicos dos comportamentos alvo, a taxa de progresso do cliente, demonstração de habilidades pré-requisitos e recursos necessários para dar suporte a implementação do plano de tratamento através de contextos.

5 Procedimentos ABA Empregados Nestes Modelos

Um grande número de procedimentos ABA são rotineiramente empregados dentro dos modelos descritos anteriormente. Eles diferem uns dos outros em sua complexidade, especificidade e na extensão em que foram projetados primariamente para uso com indivíduos diagnosticados com TEA. Todos são baseados nos princípios da ABA e são empregados com flexibilidade determinada pelo plano de tratamento específico de cada indivíduo e sua resposta ao tratamento. Se um procedimento ABA ou combinação de procedimentos ABA não estão produzindo os resultados desejados, um procedimento diferente pode ser sistematicamente implementado e sua eficácia pode ser avaliada.

Estes procedimentos incluem diferentes tipos de reforçamento e esquemas de reforçamento, reforçamento diferencial, modelagem, encadeamento, momento comportamental, dicas e esvanecimento, treinamento de habilidades comportamentais, extinção, treinamento de comunicação funcional, ensino por tentativa discreta, ensino incidental, auto gerenciamento, avaliação funcional, avaliações de preferência, rotina de atividades, generalização e procedimentos de manutenção, entre muitos outros (consulte *BACB Fourth Edition Task List*). O campo da análise do comportamento está constantemente desenvolvendo e avaliando procedimentos aplicados para mudança de comportamento.

6 Locais Onde o Tratamento é Realizado

O padrão de cuidado prevê que o tratamento seja realizado consistentemente em múltiplos ambientes para promover generalização e manutenção dos benefícios terapêuticos. Nenhum modelo ABA é específico para um determinado local e todos podem ser realizados em uma variedade de ambientes, incluindo instalações residenciais, internação e programas ambulatoriais, casas, escolas, transporte e locais na comunidade. Tratamento em vários ambientes com adultos, irmãos e/ou colegas com desenvolvimento típico, sob a supervisão de um Analista do Comportamento, dá suporte a generalização e manutenção de ganhos terapêuticos. Deve-se notar que o tratamento pode ocorrer em múltiplos ambientes (por exemplo, casa, comunidade e transporte) no mesmo dia. O tratamento não deve ser negado ou suspenso porque um cuidador não pode estar no local do tratamento consistentemente.

Para garantir a continuidade do atendimento, tratamento e consultoria em ABA devem ser realizados em ambientes educacionais e terapêuticos subsequentes (por exemplo, residência para a escola, hospital para casa) para dar suporte e fazer a transição de indivíduos com sucesso.

		POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO				
		CASA	ESCOLA & COMUNIDADE	CLÍNICA/ AMBULATÓRIO	INSTALAÇÕES DE TRATAMENTO RESIDENCIAL	HOSPITAL/ INTERNAÇÃO
MODELOS DE TRATAMENTO	FOCADO	 ✓	 ✓	 ✓	 ✓	 ✓
	ABRANGENTE	✓	✓	✓	✓	✓

7 Idade do Cliente

O tratamento deve ser baseado nas necessidades clínicas do indivíduo e não deve ser restrito pela idade. Tratamento ABA consistente deve ser fornecido assim que possível após o diagnóstico e, em alguns casos, os serviços se justificam antes do diagnóstico. Há evidências de que o quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo. Além disso, ABA é eficaz ao longo da vida. Pesquisas não estabeleceram um limite de idade a partir do qual ABA é ineficaz.

Há evidências de que quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo.

8 Combinando ABA com Outras Formas de Tratamento

Os resultados de vários estudos mostram que um modelo eclético, onde ABA é combinado com tratamentos que não são baseados em evidências, é menos eficaz do que a ABA sozinha. Portanto, planos de tratamento que combinam ABA com procedimentos adicionais que carecem de evidências científicas, conforme estabelecido por publicações revisadas por pares devem ser considerados ecléticos e não constituem um tratamento ABA.





SEÇÃO 3: **AVALIAÇÃO, FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS DE TRATAMENTO, E MENSURAÇÃO DO PROGRESSO DO CLIENTE**

1 O Processo de Avaliação

O desenvolvimento apropriado do processo de avaliação ABA precisa identificar os pontos fortes e fracos em todos os domínios e potenciais barreiras para o progresso. As informações deste processo são a base para o desenvolvimento do plano de tratamento ABA individualizado. Uma avaliação ABA normalmente utiliza informações obtidas por múltiplos métodos e múltiplos informantes, incluindo os seguintes:

Revisão de Arquivo

Informações sobre as condições médicas, resultados de avaliações anteriores, resposta a tratamentos anteriores e outras informações relevantes devem ser obtidas por meio de revisão de arquivo e incorporadas no desenvolvimento dos objetivos do tratamento e intervenção. Exemplos de avaliações que devem ser revisadas incluem testes intelectuais e de desempenho, avaliações de desenvolvimento, avaliações de diagnóstico de transtornos mentais em comorbidade e avaliações de funcionamento e necessidades da família. Em alguns casos, se as informações de avaliação estiverem incompletas, o Analista do Comportamento deve encaminhar o cliente a outros profissionais para as avaliações necessárias.

Entrevistas e Escalas de Avaliação

Clientes, cuidadores e outras partes interessadas, conforme apropriado, são incluídos na seleção de objetivos do tratamento, desenvolvimento de protocolos e avaliação de progresso. Analistas do Comportamento usam entrevistas, escalas de avaliação e medidas socialmente relevantes para avaliar as percepções dos deficits de habilidades e excessos comportamentais do cliente, e até que ponto esses deficits e excessos comprometem a vida do indivíduo e da família. Exemplos de escalas de avaliação incluem avaliações de comportamento adaptativo, avaliações funcionais, entre outras.

O Processo de Avaliação, cont.

Avaliação Direta e Observação

Observação direta, coleta e análise de dados são características definidoras da ABA. A análise de tais dados servem como base primária para identificar níveis de funcionamento pré-tratamento, desenvolver e adaptar os protocolos de tratamento de forma contínua e avaliar a resposta ao tratamento e o progresso em direção aos objetivos. O comportamento deve ser observado diretamente em uma variedade de ambientes naturais relevantes e em interações estruturadas. Exemplos de avaliações diretas estruturadas incluem avaliação curricular, observações estruturadas de interações sociais, entre outros.

Avaliação de Outros Profissionais

Avaliações periódicas de outros profissionais podem ser úteis para orientar o tratamento ou avaliar progresso. Exemplos podem incluir avaliação do funcionamento intelectual geral, condições médicas, desempenho acadêmico, entre outros.

2 Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento

Os objetivos são priorizados com base em suas implicações para a saúde e bem-estar do cliente, o impacto no cliente, na segurança da família e da comunidade e da contribuição para a independência funcional. Os objetivos do tratamento ABA são identificados com base no processo de avaliação descrito anteriormente. Cada objetivo deve ser definido de uma forma específica e de maneira mensurável que permita a avaliação frequente do progresso em direção a um critério de domínio específico. O número e complexidade de objetivos devem ser consistentes com a intensidade e ambiente da prestação de serviços. A adequação de objetivos existentes e de novos objetivos devem ser considerados periodicamente.

O sistema de mensuração para acompanhar o progresso em direção aos objetivos deve ser individualizado para o cliente, para o contexto de tratamento, para as características críticas do comportamento e para os recursos disponíveis no ambiente do tratamento. Medidas específicas, observáveis e quantificáveis devem ser coletadas para cada objetivo e devem ser sensíveis o suficiente para capturar mudanças significativas de comportamento em relação aos objetivos finais do tratamento.

Os resultados das avaliações padronizadas podem ser usados para monitorar o progresso em direção aos objetivos do tratamento de longo prazo. No entanto, pontuações de QI e outras avaliações globais não são apropriadas como únicos determinantes da resposta ou não resposta do indivíduo ao tratamento ABA. Muitos indivíduos podem mostrar um progresso substancial em importantes características do transtorno (por exemplo, linguagem funcional,

Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento, cont.

funcionamento social, comportamento repetitivo, comportamento adaptativo, segurança e bem-estar e comorbidade de transtorno mental) sem uma mudança substancial em medidas de funcionamento intelectual. Assim, as pontuações em tais avaliações não devem ser usadas para negar ou interromper o tratamento ABA.

3 Avaliação Funcional do Comportamento Problema

Quando um cliente apresenta comportamento problema em um nível que é prejudicial ao meio ambiente ou perigoso para o cliente ou outros, uma avaliação funcional é necessária. A avaliação funcional se refere ao processo geral de identificação de aspectos do meio ambiente que podem contribuir para o desenvolvimento e para a continuidade da ocorrência de comportamento problema. Ou seja, a avaliação funcional é delineada para identificar onde, quando e os prováveis motivos pelos quais um comportamento problema ocorre. Essas informações são, então, diretamente incorporadas ao plano de tratamento de problemas comportamentais na forma de uma intervenção baseada em funções.

- O processo de avaliação funcional tipicamente inclui múltiplas fontes de informação, como entrevistas com cuidadores, escalas de avaliação e coleta de dados de observação direta e consideração de possíveis condições médicas que podem afetar o comportamento problema.
- A observação direta pode assumir a forma de avaliação das interações contínuas presentes no ambiente natural ou a forma de uma análise funcional.
- A análise funcional refere-se à modificação direta de eventos ambientais e avaliação do impacto dessas mudanças no nível do comportamento problema por meio de observação direta. As análises funcionais podem ser complexas e podem exigir taxas mais altas de funcionários e maior direcionamento do Analista do Comportamento.

4 Duração e Frequência da Avaliação

O processo de avaliação necessário para o desenvolvimento inicial de programas de tratamento Abrangente pode levar 20 horas ou mais. Avaliações subsequentes e avaliações para tratamentos focados que envolvem um pequeno número de objetivos descomplicados geralmente requerem menos horas. O processo de avaliação funcional para comportamentos problema graves costuma ser complexo e pode exigir durações consideravelmente mais longas.

A avaliação do progresso geral em direção aos objetivos abrangentes do tratamento deve ser resumida em intervalos regulares (por exemplo, semestralmente).



SEÇÃO 4: AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇO E DOSAGEM

1 Autorização de Serviço

Normalmente os períodos de autorização não devem ser inferiores a seis meses e podem envolver alguns ou todos os seguintes serviços. Se houver alguma dúvida quanto à adequação ou eficácia da ABA para um determinado cliente, uma revisão dos dados do tratamento pode ser realizada com mais frequência (por exemplo, após três meses de tratamento). Além disso, se a revisão clínica de terceiros (também conhecida como revisão por pares) for exigida por um financiador ou gerente de saúde, o revisor deve ser um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.

A lista a seguir representa serviços comuns* que devem ser autorizados para o resultado otimizado do tratamento. Outros podem ser apropriados.

1. Avaliação Analítica-Comportamental
2. Desenvolvimento e Modificação do Plano de Tratamento
3. Tratamento Direto para Indivíduos ou Grupos com Implementação por Analistas do Comportamento e/ou Técnicos Comportamentais.
4. Supervisão (tanto direta quanto indireta) por Analistas do Comportamento
5. Viagem para Garantir Acesso Equitativo aos Serviços (por exemplo, áreas rurais e carentes)
6. Treinamento de Pais e Cuidadores Comunitários para Indivíduos ou Grupos
7. Consultoria para Garantir Continuidade e/ou Coordenação de Tratamento
8. Planejamento de Alta

*Estes serviços podem ser efetivamente entregues via telemedicina em jurisdições que permitem tais sistemas de entrega.

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 1 de 2)

I. Informações do Paciente

II. Motivo para Encaminhamento

III. Breves Informações Básicas

- a. Dados demográficos (nome, idade, sexo, diagnóstico)
- b. Informações sobre moradia
- c. Informações sobre casa/escola/trabalho

IV. Entrevista Clínica

- a. Coleta de informações sobre comportamentos problema, incluindo o desenvolvimento de definições operacionais da área de preocupação principal e informações sobre possível função do comportamento

V. Revisão de Avaliações Recentes/Relatórios (revisão de arquivo)

- a. Qualquer avaliação comportamental funcional recente, teste cognitivo e/ou relatórios de progresso

VI. Procedimentos de Avaliação e Resultados

- a. Breve descrição das avaliações, incluindo sua finalidade
 - AVALIAÇÕES INDIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
 - AVALIAÇÕES DIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
- b. Os comportamentos alvo são definidos operacionalmente, incluindo os níveis de linha de base

VII. Plano de Tratamento (ABA Focado)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Definição operacional para cada comportamento e objetivo
- c. Especifique os procedimentos de manejo do comportamento (ou seja, redução e/ou aquisição de comportamento):
 - Intervenções baseadas em antecedentes
 - Intervenções baseadas em consequências
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 2 de 2)

VIII. Plano de Tratamento (Aquisição de Habilidades - ABA Abrangente)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Métodos instrucionais a serem usados
- c. Definição operacional para cada habilidade
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

IX. Treinamento de Pais/Cuidadores

- a. Especifique os procedimentos de treinamento dos pais
- b. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- c. Objetivos e metas propostas*

X. Número de Horas Solicitadas

- a. Número de horas necessárias para cada serviço
- b. Resumo clínico que justifica horas solicitadas
- c. Códigos de faturamento solicitados (por exemplo, CPT, HCPCS)

XI. Coordenação de Tratamento

XII. Plano de Transição

XIII. Plano de Alta

XIV. Plano de Crise

**Cada objetivo e meta precisa incluir:*

- Nível atual (linha de base)
- O comportamento dos pais/cuidadores que é esperado que seja demonstrado, incluindo a condição sob a qual deve ser demonstrado e critérios de domínio (a meta ou o objetivo)
- Data de introdução
- Data estimada de domínio
- Especificar plano para generalização
- Reportar objetivo como cumprido, não cumprido, modificado (incluir explicação)

2 Dosagem do Tratamento

A dosagem do tratamento, que muitas vezes é referenciada na literatura de tratamento como “intensidade,” irá variar com cada cliente e deve refletir aos objetivos do tratamento, as necessidades específicas do cliente e a resposta ao tratamento. A dosagem do tratamento deve ser considerada em duas categorias distintas: intensidade e duração.

Intensidade

A intensidade é tipicamente medida em termos de número de horas por semana de tratamento direto. Intensidade frequentemente determina se o tratamento se enquadra na categoria de Focado ou Abrangente.

Tratamento Focado ABA

ABA Focado geralmente varia de **10–25 horas por semana** de tratamento direto (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento do cuidador). No entanto, certos programas para comportamento destrutivo severo **podem exigir mais de 25 horas por semana** de terapia direta (por exemplo, tratamento diurno ou programa de internação para comportamento autolesivo grave).

Tratamento ABA Abrangente

O tratamento geralmente envolve um nível de intensidade de **30–40 horas de tratamento direto 1:1 para o cliente por semana**, não incluindo treinamento de cuidadores, supervisão e outros serviços necessários. Contudo, crianças muito pequenas podem começar com poucas horas de terapia por dia com o objetivo de aumentar a intensidade da terapia conforme permita sua capacidade de tolerar e participar. Horas de tratamento são subsequentemente aumentadas ou diminuídas com base na resposta do cliente ao tratamento e às necessidades atuais. As horas podem ser aumentadas para atingir com mais eficiência os objetivos do tratamento. Diminuição em horas de terapia por semana tipicamente ocorre quando um cliente atingiu a maioria dos objetivos do tratamento e está movendo em direção a alta.

Dosagem do Tratamento, cont.

Embora o número recomendado de horas de terapia possa parecer alto, isso é baseado em achados de pesquisas sobre a intensidade necessária para produzir bons resultados. Também deve ser notado que o tempo gasto ausente da terapia pode resultar no indivíduo ficando ainda mais para trás na trajetória do desenvolvimento típico. Tais atrasos provavelmente resultarão em aumento de custos e maior dependência de serviços mais intensivos ao longo de sua vida.

Duração

A duração do tratamento é gerenciada de forma eficaz avaliando a resposta do cliente ao tratamento. Esta avaliação pode ser conduzida antes da conclusão de um período de autorização. Alguns indivíduos continuarão a demonstrar necessidade clínica e a requerer tratamento contínuo durante múltiplos períodos de autorização. Veja a Seção 8 para informações sobre o planejamento de alta.



SEÇÃO 5: MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CAMADAS E TÉCNICOS COMPORTAMENTAIS

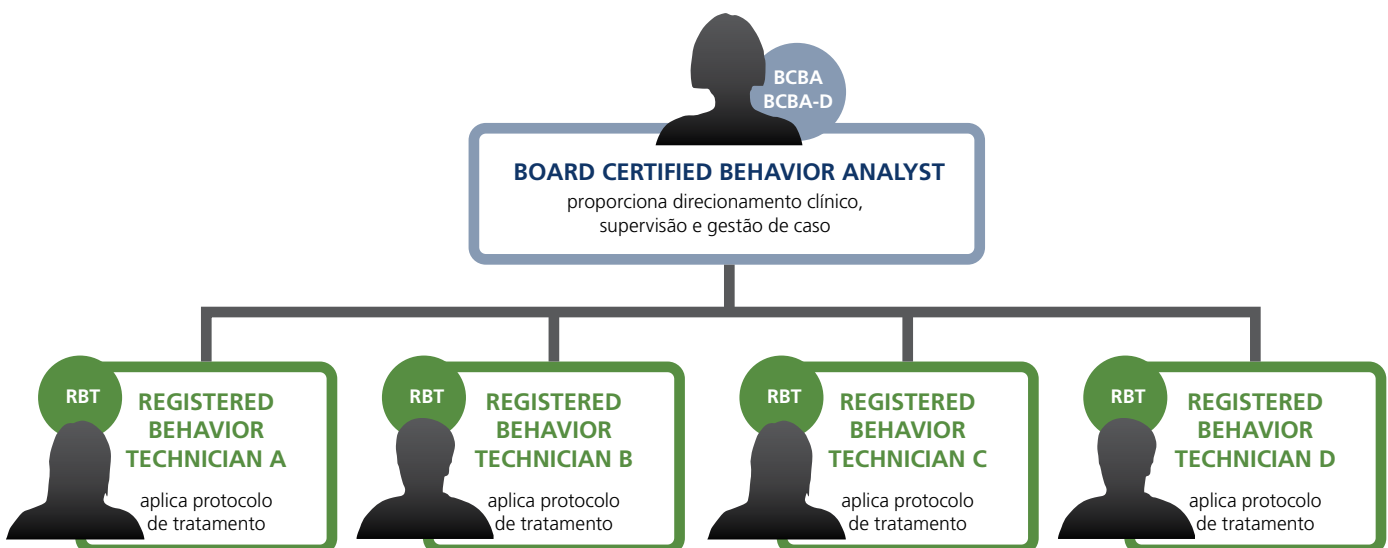
A maioria dos programas de tratamento ABA envolvem um modelo de prestação de serviços em camadas em que o Analista do Comportamento delinea e supervisiona um programa de tratamento fornecido por Analistas Comportamentais Assistentes e Técnicos Comportamentais.

1 Descrição de um Modelo de Entrega de Serviço em Camadas

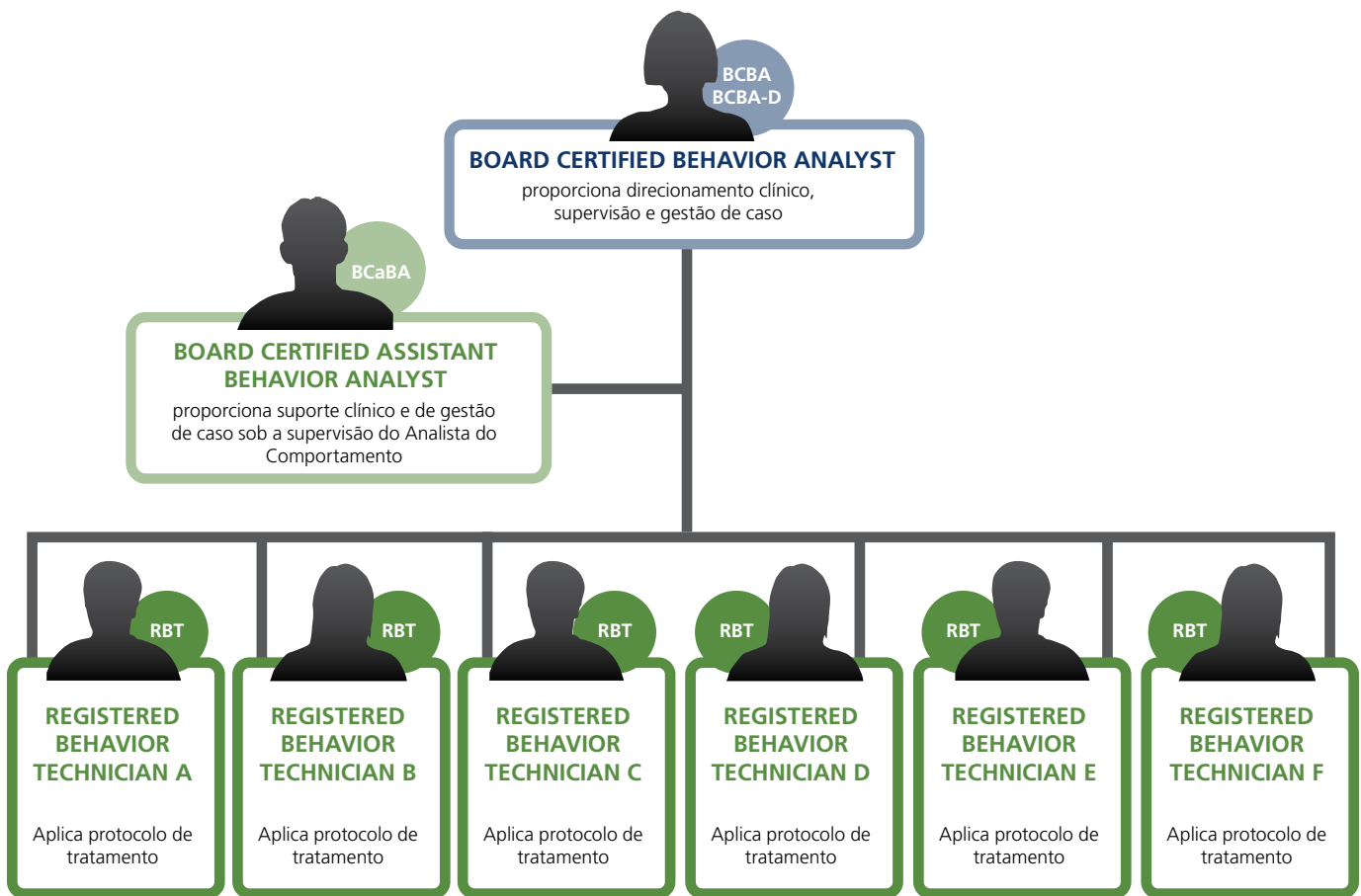
As atividades clínicas, de supervisão e de gerenciamento de caso do Analista do Comportamento são frequentemente apoiadas por outro pessoal, como Analistas Comportamentais Assistentes que trabalham dentro do escopo de seu treinamento, prática e competência.

A seguir estão dois exemplos de modelos de entrega de serviço em camadas (entre outros), uma abordagem organizacional para entrega de tratamento considerada com bom custo-benefício na entrega de resultados desejados.

No primeiro exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento supervisiona uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



No segundo exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento é auxiliado por um Analista do Comportamento Assistente; os dois supervisionam em conjunto uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



Esses modelos assumem o seguinte:

1. O BCBA ou BCBA-D é responsável por todos os aspectos da direção clínica, supervisão e gestão de caso, incluindo atividades do pessoal de apoio (por exemplo, um BCaBA) e Técnicos Comportamentais.
2. O BCBA ou BCBA-D precisam ter conhecimento das habilidades de cada membro da equipe de tratamento para efetivamente realizar as atividades clínicas antes de delegá-las.
3. O BCBA e o BCBA-D devem estar familiarizados com as necessidades e plano de tratamento do cliente e regularmente observar o Técnico Comportamental implementando o plano, independentemente se houver ou não apoio clínico fornecido por um BCaBA.

2 Raciocínio para um Modelo de Entrega de Serviços em Camadas

- Modelos de entrega de serviço em camadas que contam com o uso de Analistas do Comportamento Assistentes e Técnicos Comportamentais têm sido o principal mecanismo para alcançar muitas das melhorias significativas em domínios cognitivos, linguísticos, sociais, comportamentais e adaptativos que foram documentados na literatura revisada por pares.⁴
- O uso de Analistas Comportamentais Assistentes e de Técnicos Comportamentais cuidadosamente treinados e bem supervisionados é uma prática comum no tratamento ABA.^{5,6}
- Seu uso produz níveis de serviço com maior custo-benefício pela duração do tratamento.
- O uso de um modelo de prestação de serviços em camadas permite financiadores e gestores de saúde garantir redes de prestadores adequados e fornecer tratamento médico necessário.
- Além disso, isso permite que se proporcione especialidade suficiente para cada cliente em cada nível necessário para alcançar os objetivos do tratamento. Isso é crítico, já que o nível de supervisão requerido pode mudar rapidamente em resposta ao progresso ou necessidades do cliente.
- Modelos de prestação de serviços em camadas também podem ajudar na entrega de tratamento para famílias em áreas rurais e áreas carentes, bem como clientes e famílias com necessidades complexas.

3 Seleção, Treinamento e Supervisão de Técnicos Comportamentais

- Os Técnicos Comportamentais devem receber treinamento formal e específico antes de fornecer o tratamento. Uma maneira de garantir esse treinamento é através da credencial de *Registered Behavior Technician* (veja a página 30).
- A atribuição de caso deve corresponder às necessidades do cliente com o nível de habilidade e experiência do Técnico Comportamental. Antes de trabalhar com um cliente, o Técnico Comportamental precisa ser suficientemente preparado para aplicar os protocolos de tratamento. Isso inclui uma revisão feita pelo Analista do Comportamento do histórico do cliente, programas de tratamento atuais, protocolos de redução de comportamento, procedimentos de coleta de dados, etc.
- O número de casos atribuídos para os Técnicos Comportamentais são determinados por:
 - complexidade dos casos
 - experiência e habilidades do Técnico Comportamental
 - número de horas por semana em que o Técnico Comportamental está empregado
 - intensidade de horas de terapia que o cliente está recebendo
- A qualidade da implementação (verificações de integridade do tratamento) deve ser monitorada continuamente. Isso deve ser feito com maior frequência para novos funcionários, quando um novo cliente é admitido ou quando um cliente tem comportamentos problema ou protocolos de tratamento complexos estão envolvidos.
- Os Técnicos Comportamentais devem receber supervisão e direcionamento clínico sobre os protocolos de tratamento semanalmente para casos complexos ou mensalmente para casos mais rotineiros. Esta atividade pode ocorrer durante reuniões informativas com outros membros da equipe de tratamento, incluindo o Analista do Comportamento supervisor, ou individualmente e com ou sem a presença do cliente. A frequência e o formato devem ser ditados por uma análise das necessidades de tratamento do cliente para otimizar progresso.
- Embora as qualificações de contratação e o treinamento inicial sejam importantes, precisa haver observação contínua, treinamento e direcionamento para manter e melhorar as habilidades do Técnico Comportamental durante a implementação do tratamento baseado em ABA.

Critérios para a Credencial de *Registered Behavior Technician* (RBT)

Critérios de Elegibilidade

Os candidatos à credencial RBT devem:

- ter pelo menos 18 anos de idade
- possuir no mínimo um diploma de ensino médio ou equivalente nacional
- concluir com êxito uma verificação de registro de antecedentes criminais no momento da inscrição
- completar um programa de treinamento de 40 horas (conduzido por um profissional certificado pelo BACB) com base na lista de tarefas para RBT
- passar na *RBT Competency Assessment* administrada por um profissional certificado pelo BACB

Critérios de Prática Contínua

Os RBTs devem:

- receber supervisão contínua de um profissional certificado pelo BACB por um mínimo de 5% das horas usadas para a prestação de serviços ABA por mês (incluindo pelo menos dois contatos de supervisões presenciais síncronos)
- obedecer a um subconjunto do código de ética, *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*, do BACB identificados como relevantes para RBTs



SEÇÃO 6: SUPERVISÃO DE CASO

O tratamento ABA é frequentemente caracterizado pelo número de horas de tratamento direto por semana. No entanto, é também fundamental considerar os níveis requeridos de horas adicionais de supervisão de caso (também conhecida como direção clínica) pelo Analista do Comportamento. A supervisão de caso começa com a avaliação e continua até a alta do cliente. O tratamento ABA requer níveis comparativamente altos de supervisão de caso para garantir resultados eficazes por causa da (a) natureza individualizada do tratamento, (b) do uso de um modelo de prestação de serviços em camadas, (c) da dependência de coleta e análise de dados do cliente frequentes, e (d) da necessidade de ajustes no plano de tratamento.

Esta seção irá descrever as atividades de supervisão de caso que são individualizadas para o cliente e clinicamente necessárias para atingir os objetivos do tratamento. Atividades organizacionais de rotina (por exemplo, controle de horário de chegada e de saída, avaliações de funcionário, entre outros) que não estão envolvidos no tratamento clínico individualizado não estão incluídos aqui.

1 Atividades de Supervisão de Caso

As atividades de supervisão de caso podem ser descritas como aquelas que envolvem o contato com o cliente ou cuidadores (supervisão direta, também conhecida como direção clínica) e aquelas que não necessitam de um contato direto com o cliente ou cuidadores (supervisão indireta). Ambas atividades de supervisão de caso diretas e indiretas são críticas para produzir bons resultados de tratamento e devem ser incluídas nas autorizações de serviço. Deve-se notar que a supervisão direta do caso ocorre simultaneamente com a entrega de tratamento direto ao cliente. Em média, o tempo de supervisão direta é responsável por 50% ou mais da supervisão de caso.

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

A lista abaixo, embora não seja exaustiva, identifica algumas das atividades de supervisão de caso mais comuns:

OBSERVAR

MONITORAR

DIRECIONAR

ANALISAR

AVALIAR

COORDENAR

DESENVOLVER

REVISAR

Atividades de Supervisão Direta

- Observar diretamente a implementação do tratamento para possível revisão do programa
- Monitorar a integridade do tratamento para garantir implementação satisfatória dos protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente presente)

Atividades de Supervisão Indireta

- Desenvolver objetivos do tratamento, protocolos e sistemas de coleta de dados
- Resumir e analisar dados⁸
- Avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- Ajustar protocolos de tratamento com base nos dados
- Coordenar atendimento com outros profissionais
- Intervenção de crise
- Relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- Desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta
- Revisão do progresso do cliente com a equipe sem a presença do cliente para aprimorar protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente ausente)

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

Qualificações da Equipe que Presta Supervisão:

ANALISTA DO COMPORTAMENTO

Qualificações

- BCBA-D/BCBA ou licença profissional em áreas relacionadas
- competência em supervisão e desenvolvimento de programas de tratamento ABA para clientes com TEA⁷

Responsabilidades

- resumir e analisar dados
- avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- supervisionar a implementação do tratamento
- ajustar protocolos de tratamento com base em dados
- monitorar a integridade do tratamento
- treinar e consultar com cuidadores e outros profissionais
- avaliar o gerenciamento de riscos e de crises
- garantir a implementação satisfatória de protocolos de tratamento
- relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta

ANALISTA DO COMPORTAMENTO ASSISTENTE

Qualificações

- BCaBA (com preferência)

Responsabilidades

- várias tarefas de supervisão que são delegadas e supervisionadas pelo Analista do Comportamento

2 Modalidade

Algumas atividades de supervisão de caso ocorrem ao vivo; outras podem ocorrer remotamente (por exemplo, por meio de telemedicina ou tecnologias virtuais). No entanto, a telemedicina deve ser combinada com supervisão ao vivo. Além disso, algumas atividades de supervisão de casos são apropriadas para grupos pequenos. Algumas atividades de supervisão de caso indireta são mais eficazes fora do ambiente de tratamento.

3 Dosagem de Supervisão de Caso

Embora a quantidade de supervisão para cada caso deva responder às necessidades individuais do cliente, **duas horas para cada 10 horas de tratamento direto** é o padrão geral de atendimento. Quando o **tratamento direto é de 10 horas por semana ou menos, um mínimo de duas horas por semana** de supervisão de caso é geralmente requerido. Supervisão de caso pode precisar ser aumentada temporariamente para atender as necessidades individuais dos clientes em períodos de tempo específicos durante o tratamento (por exemplo, avaliação inicial, significativa mudança em resposta ao tratamento).

Esta proporção de horas de supervisão de caso para horas de tratamento direto reflete a complexidade dos sintomas do cliente com TEA e a tomada de decisão responsiva, individualizada e baseada em dados que caracteriza o tratamento ABA. Um número de fatores aumenta ou diminui as necessidades de supervisão de caso em curto ou longo prazo. Esses incluem:

- dosagem/intensidade do tratamento
- barreiras ao progresso
- questões de saúde e segurança do cliente (por exemplo, certos deficits de habilidades, comportamento problema perigoso)
- a sofisticação ou complexidade dos protocolos de tratamento
- dinâmica familiar ou ambiente comunitário
- falta de progresso ou aumento da taxa de progresso
- mudanças nos protocolos de tratamento
- transições com implicações para a continuidade de suporte





4 Quantidade de Casos

Os Analistas do Comportamento devem ter uma quantidade de casos que lhes permita fornecer supervisão de caso adequada para facilitar a entrega do tratamento eficaz e garantir a proteção do consumidor. A quantidade de casos para o Analista do Comportamento é normalmente determinada pelos seguintes fatores:

- complexidade e necessidades dos clientes no conjunto de casos
- horas totais de tratamento entregues aos clientes atribuídos ao Analista do Comportamento
- supervisão total do caso e direção clínica exigida pelos casos
- especialização e habilidades do Analista do Comportamento
- localização e modalidade de supervisão e tratamento (por exemplo, centro vs. casa, individual vs. grupo, telemedicina vs. ao vivo)
- disponibilidade da equipe de suporte para o Analista do Comportamento (por exemplo, um BCaBA)

A quantidade de casos recomendada para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Focado

› **Sem suporte de um BCaBA** é 10-15.*

› **Com suporte de um (1) BCaBA** é 16-24.*

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

A quantidade de casos recomendado para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Abrangente

› **Sem apoio de BCaBA** é 6-12.

› **Com o apoio de um (1) BCaBA** é 12-16.

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

* O tratamento Focado para o comportamento problema grave é complexo e requer níveis de supervisão de caso consideravelmente maiores, o que exigirá número de casos menores.



SEÇÃO 7: TRABALHANDO COM CUIDADORES E OUTROS PROFISSIONAIS

1 Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados

Os membros da família, incluindo irmãos e outros cuidadores comunitários devem ser incluídos em várias capacidades e em diferentes pontos durante os programas de tratamento ABA Focado e Abrangente. Além de fornecer informações históricas e contextuais importantes, os cuidadores devem receber treinamento e consultoria durante o tratamento, alta e acompanhamento.

A dinâmica de uma família e como eles são afetados pelo TEA devem ser refletidos em como o tratamento é implementado. Além disso, o progresso do cliente pode ser afetado pela dimensão do apoio dos cuidadores nos objetivos do tratamento fora do horário de tratamento. Sua capacidade de fazer isso será parcialmente determinada por quão bem os protocolos de tratamento estão de acordo com os valores, necessidades, prioridades e recursos da família.

A necessidade de envolvimento, treinamento e apoio da família reflete o seguinte:

- Os cuidadores frequentemente têm uma visão e perspectiva única sobre o funcionamento do cliente, informações sobre preferências e histórico comportamental.
- Os cuidadores podem ser responsáveis pela prestação de cuidados, supervisão e por lidar com comportamentos desafiadores durante todas as horas fora da escola ou um programa de tratamento dia. Uma considerável porcentagem de indivíduos com TEA apresentam padrões de sono atípicos. Portanto, alguns dos cuidadores podem ser responsáveis por garantir a segurança de seus filhos e/ou implementar procedimentos à noite e podem, eles próprios, estar em risco para problemas associados a privação de sono.
- Cuidar de um indivíduo com TEA apresenta muitos desafios para cuidadores e famílias. Estudos documentaram o fato de que pais de crianças e adultos com TEA apresentam níveis mais elevados de estresse do que os de pais com filhos com desenvolvimento típico ou mesmo pais de crianças com outros tipos de necessidades especiais.

Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados, cont.

- Os problemas comportamentais comumente encontrados em pessoas diagnosticadas com TEA (por exemplo, estereotípias, agressão, birra) são secundários aos déficits sociais e de linguagem associados ao TEA, muitas vezes apresentam desafios específicos para os cuidadores enquanto eles tentam manejar seus comportamentos problema. As estratégias parentais típicas são muitas vezes insuficientes para permitir que os cuidadores melhorem ou manejem o comportamento de sua criança, o que pode impedir o progresso da criança em direção a melhores níveis de funcionamento e independência.
- Note que, embora o treinamento da família apoie o plano geral de tratamento, este não é um substituto para o tratamento dirigido e implementado por um profissional.

2 Treinamento de Pais e Cuidadores

O treinamento faz parte dos modelos de tratamento ABA Focado e Abrangente. Embora o treinamento de pai e cuidador às vezes seja fornecido como um tratamento separado, há relativamente poucos clientes para os quais este seria recomendado como a única ou principal forma de tratamento. Isso se deve à gravidade e complexidade dos comportamentos problema e déficits de habilidade que podem acompanhar um diagnóstico de TEA.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA. É comum que os planos de tratamento incluam várias metas e objetivos mensuráveis para os pais e outros cuidadores. O treinamento enfatiza o desenvolvimento de habilidades e suporte para que os cuidadores se tornem competentes na implementação de protocolos de tratamento através de ambientes críticos. O treinamento geralmente envolve uma avaliação comportamental individualizada, uma formulação de caso e, em seguida, apresentações didáticas personalizadas, modelação e demonstrações da habilidade e prática com suporte ao vivo para cada habilidade específica. Atividades em andamento envolvem supervisão e coaching durante a implementação, resolução de problemas conforme surgem e suporte para implementação de estratégias em novos ambientes para garantir ganhos otimizados e promover generalização e manutenção das modificações terapêuticas. Por favor note que tal treinamento não é realizado simplesmente tendo o cuidador ou responsável legal presente durante o tratamento implementado por um Técnico Comportamental.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA.

A seguir estão as áreas comuns para as quais os cuidadores costumam procurar ajuda. Estes são tipicamente tratados em conjunto com um programa de tratamento ABA Focado ou Abrangente.

Treinamento de Pais e Cuidadores, cont.

- Generalização de habilidades adquiridas em ambientes de tratamento para ambientes domésticos e comunitários
- Tratamento de distúrbios de comportamento concomitantes que colocam em risco a saúde e a segurança da criança ou de outras pessoas em ambientes domésticos ou comunitários, incluindo redução de comportamentos auto lesivos ou agressivos contra irmãos, cuidadores ou outros; estabelecimento de comportamentos de substituição que são mais eficazes, adaptáveis e apropriados
- Treinamento de habilidades adaptativas como comunicação funcional, participação em rotinas que ajudam a manter uma boa saúde (por exemplo, participação em exames dentários e médicos, alimentação, sono) incluindo lugares alvos onde é fundamental que estes ocorram
- Gestão de contingências para reduzir comportamentos estereotipados, ritualísticos ou perseverantes e comportamentos funcionais de substituição conforme descrito anteriormente
- Relacionamentos com membros da família, como o desenvolvimento de brincadeiras apropriadas com irmãos

3 Coordenação com Outros Profissionais

A consultoria com outros profissionais ajuda a garantir o progresso do cliente por meio da coordenação de tratamento e garante a consistência, incluindo durante os períodos de transição e alta.

Os objetivos do tratamento são mais prováveis de serem alcançados quando há uma compreensão e coordenação compartilhada entre todos os provedores e profissionais de saúde. Os exemplos incluem a colaboração entre o médico e o Analista do Comportamento para determinar os efeitos da medicação nos alvos do tratamento. Outro exemplo envolve uma abordagem consistente entre profissionais de diferentes disciplinas em como os comportamentos são gerenciados em ambientes e contextos. A colaboração profissional que leva à consistência produzirá os melhores resultados para o cliente e suas famílias.

As diferenças nas orientações teóricas ou estilos profissionais às vezes podem dificultar a coordenação. Se houver protocolos de tratamento que diluem a eficácia do tratamento ABA, essas diferenças devem ser resolvidas para a entrega de benefícios previstos ao cliente.

Os códigos de ética do BACB (as atuais *Guidelines for Responsible Conduct for Behavior Analysts* e o iminente *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*) exige que o Analista do Comportamento recomende o tratamento **mais** eficaz cientificamente comprovado para cada cliente. O Analista do Comportamento também precisa revisar e avaliar os efeitos prováveis de tratamentos alternativos, incluindo aqueles fornecidos por outras disciplinas, bem como nenhum tratamento.

Coordenação com Outros Profissionais, cont.

Além disso, os Analistas do Comportamento devem encaminhar clientes a profissionais de outras disciplinas quando clientes tiverem condições que estão além do treinamento e competência do Analista do Comportamento, ou quando a coordenação do tratamento com esses profissionais for apropriado. Os exemplos incluem, mas não estão limitados a, uma suspeita de uma condição médica ou preocupações psicológicas relacionadas a ansiedade ou transtorno de humor.





SEÇÃO 8: **ALTA, PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DE SUPORTE**

Os resultados desejados para alta devem ser especificados no início dos serviços e refinados ao longo do processo de tratamento. O planejamento de transição e de alta de um programa de tratamento deve incluir um plano por escrito que especifica detalhes de monitoramento e acompanhamento conforme apropriado para o indivíduo e a família. Pais, cuidadores comunitários e outros profissionais envolvidos devem ser consultados conforme o processo de planejamento acelera, com três a seis meses antes da primeira mudança no serviço.

Uma descrição das funções e responsabilidades de todos os provedores e datas efetivas para objetivos comportamentais que precisam ser alcançados antes da próxima fase deve ser especificado e coordenado com todos os fornecedores, o cliente e membros da família.

O planejamento de alta e transição de todos os programas de tratamento geralmente deve envolver uma redução gradual dos serviços. A alta de um programa de tratamento ABA Abrangente geralmente requer seis meses ou mais. Por exemplo, um cliente em um programa de tratamento Abrangente pode mudar para um modelo de tratamento Focado para abordar alguns objetivos restantes antes da transição para o término do tratamento.

Alta

Os serviços devem ser revisados e avaliados e o planejamento de alta deve ter iniciado quando:

- o cliente atingiu os objetivos do tratamento OU
- o cliente não atende mais aos critérios de diagnóstico para TEA (conforme medido por adequados protocolos padronizados) OU
- o cliente não demonstra progresso em relação aos objetivos para períodos de autorização sucessivos OU
- a família está interessada em interromper os serviços OU
- a família e o provedor são incapazes de conciliar questões importantes no planejamento e entrega do tratamento

Quando houver perguntas sobre a adequação ou eficácia dos serviços em um caso individual, inclusive quanto ao apelo a qualquer recurso interno ou externo relacionado a benefícios de seguro de saúde, a equipe de revisão deve incluir um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.



APÊNDICE A: **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CERTIFICAÇÃO DO BACB**

Critérios de Elegibilidade para o BCBA

A. Critério de Formação Acadêmica (em vigor em 2016)

Possuir no mínimo um mestrado de uma universidade acreditada que foi (a) conferido em análise do comportamento, educação ou psicologia, ou (b) conferido em um programa em que o candidato completou uma sequência de curso aprovada pelo BACB.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato precisa completar 270 horas em sala de aula com instrução em nível de pós-graduação nas seguintes áreas de conteúdo e pelo número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 45 horas

- O conteúdo deve ser ensinado em um ou mais cursos autônomos dedicados à ética e conduta profissional.

b. Conceitos e Princípios de Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 25 horas
- Delineamento Experimental - 20 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais da Mudança de Comportamento & Procedimentos de Mudança de Comportamento Específicos - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 10 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 10 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 10 horas

e. Discricionário - 30 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência



Existem dois caminhos adicionais para a credencial BCBA para professores universitários e seniors a nível de doutorado. Detalhes sobre essas vias estão disponíveis em www.bacb.com.

Critérios de Elegibilidade para BCBA-D

O BCBA-D é uma designação que reconhece o BCBA a nível de doutorado que:

1. é ativamente certificado como BCBA E
2. obteve o título de doutor em um programa de pós-graduação acreditado pela Association for Behavior Analysis International OU
3. obteve um doutorado de uma universidade acreditada na qual conduziu uma tese analítico-comportamental (incluindo pelo menos um experimento); E passou em pelo menos dois cursos em análises do comportamento como parte do programa de doutorado; E atendeu a todos os requisitos de curso do BCBA antes de receber o grau de doutorado

Critérios de Elegibilidade para BCaBA

A. Critério de Formação Acadêmica

Possuir no mínimo um diploma de graduação de uma universidade acreditada.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato deve completar 180 horas de aula de instrução nas seguintes áreas de conteúdo e para o número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 15 horas

b. Conceitos e Princípios da Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*.

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 10 horas
- Delineamento Experimental - 5 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais de Mudança do Comportamento & Procedimentos Específicos de Mudança de Comportamento - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações Sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 5 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 5 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 5 horas

e. Discricionário - 15 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência:



APÊNDICE B: BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, S145-S155.

Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 158-178.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification, 26*, 46-68.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*, 381-405.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 439-450.

Foxx, R. M. (2008). Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*, 821-834.

Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification, 26*, 69-102.

Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 147-185.

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 26*, 359-383.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3-9.

Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclawskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 433-465.

McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 359-372.

Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*, 417-438.

Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review, 30*, 387-399.

Wong, C., Odom, S. L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S. et al. (2013). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group.

APÊNDICE C: NOTAS DE RODAPÉ

- 1 Ao longo deste documento, o termo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é usado para se referir a um grupo de distúrbios neurológicos complexos que às vezes são chamados de Transtorno Autista, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamento, entre outros.
- 2 Sistemas ICD e DSM para Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista.
- 3 ABA Focado e Abrangente existem em um contínuo que reflete o número de comportamentos alvo e horas de tratamento direto e supervisão.
- 4 Esta equipe é competente para administrar protocolos de tratamento e muitas vezes são referidos por uma variedade de termos, incluindo terapeuta ABA, terapeuta sênior, tutor paraprofissional ou equipe de linha frente.
- 5 O treinamento e as responsabilidades dos Técnicos Comportamentais que implementam os protocolos de tratamento são distintamente diferentes daqueles de trabalhadores que desempenham funções de cuidador.
- 6 Quando possível, vários Técnicos Comportamentais são frequentemente atribuídos para cada caso para promover benefícios de um tratamento generalizado e sustentado para o cliente. Isso também ajuda a evitar um lapso nas horas de tratamento devido a doenças da equipe, disponibilidade de agendamento e rotatividade de pessoal, etc. Programas de tratamento intensivo e abrangente podem ter de quatro a cinco Técnicos Comportamentais designados para um único caso. Cada Técnico Comportamental também pode trabalhar com vários clientes durante a semana.
- 7 Dada a intensidade do programa, é necessária uma revisão frequente dos dados e do plano de tratamento. O Analista do Comportamento deve geralmente revisar os dados de observação direta pelo menos semanalmente.
- 8 Consulte também as diretrizes do consumidor para identificar Analistas do Comportamento com competência no tratamento do TEA pelo [Autism Special Interest Group da Association for Behavior Analysis International](#).

Desenvolvimento das Diretrizes

O Conselho de Diretores do BACB autorizou o desenvolvimento de diretrizes práticas para o tratamento ABA para o TEA no início de 2012. Os procedimentos a seguir foram seguidos para desenvolver as versões inicial e revisada das diretrizes.

Versão 1.0: Um coordenador foi nomeado quem então criou um comitê de supervisão de cinco pessoas que delineou o processo geral de desenvolvimento e o esboço do conteúdo. O comitê de supervisão então solicitou líderes da área de conteúdo adicionais e escritores de um grupo nacional de especialistas que incluiu pesquisadores e profissionais para produzir um primeiro rascunho das diretrizes. O coordenador, o comitê de supervisão e a equipe do BACB então gerou um segundo rascunho que foi revisado por dezenas de revisores adicionais, que além de ser composta por especialistas em ABA, também incluiu consumidores e especialistas em políticas públicas. Esse segundo rascunho também foi enviado a todos os diretores do BACB para contribuições adicionais. O coordenador do projeto e a equipe do BACB então usou esse feedback para produzir o documento final, que foi aprovado pelo Conselho de Diretores do BACB. Os profissionais que atuaram como coordenadores, membros do comitê de supervisão, líderes da área de conteúdo, redatores de conteúdo e revisores eram todos especialistas em ABA conforme evidenciado pelos registros de publicação, experiência substancial no fornecimento de serviços ABA e posições de liderança dentro da disciplina.

Versão 2.0: Versão 2.0: O coordenador do projeto original e a liderança do BACB identificaram uma equipe de nível de Analistas do Comportamento doutores, todos os quais eram especialistas no tratamento ABA para o TEA. A equipe revisou cuidadosamente as diretrizes iniciais e, usando um processo de consenso, propuseram revisões e acréscimos ao documento para aumentar a clareza e complementar as orientações existentes. A equipe do BACB então gerou um rascunho revisado que foi enviado ao coordenador do projeto, membros da equipe de revisão e especialistas em políticas públicas para feedback adicional, após isso as diretrizes foram finalizadas.



The Council of Autism Service Providers

401 Edgewater Place,
Suite 600
Wakefield, MA 01880

info@casproviders.org

CASP
**The Council of Autism
Service Providers**

casproviders.org

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

PROJETO DE LEI Nº 710/2023

AUTORES:

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO, DEPUTADO PROFESSOR LEMOS, DEPUTADO ANIBELLI NETO, DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO, DEPUTADO GILSON DE SOUZA, DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN, DEPUTADO NEY LEPREVOST, DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI, DEPUTADO NELSON JUSTUS, DEPUTADO ADEMAR TRAIANO, DEPUTADO TERCÍLIO TURINI, DEPUTADO MARCIO PACHECO, DEPUTADO TIAGO AMARAL, DEPUTADO REQUIÃO FILHO, DEPUTADA MARIA VICTORIA E OUTROS

EMENTA:

"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO CÓDIGO ESTADUAL DA POLITICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO NA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO ESTADO DO PARANÁ"

INSTITUI O CÓDIGO ESTADUAL DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA.

Art.1º Fica criada POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO do Governo do Estado do Paraná, para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da pessoa no TEA-Transtorno do Espectro do Autismo e aos seus cuidadores, tutores.

Art.2º Essa POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO instituirá a política Estadual com base na ciência e nas práticas com a melhor evidência de sua eficácia para os tratamentos e intervenções para o autismo, para integração da pessoa no espectro, que disporá sobre o pleno exercício de seus direitos básicos quanto à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição Federal, da LEI Estadual 19584/2018 e das leis infraconstitucionais, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

§ 1º A pessoa no TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência, respeitando não só a deficiência, raça gênero, cor e etnia, mas as diferenças, a diversidade humana.

§ 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se pessoa no espectro aquelas descritas no DSM 5 TR (em Harmonização com a CID-11), além das descritas nas Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, Lei 13.146 de julho de 2015 e na OMS- Organização Mundial de Saúde, que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

§ 3º O TEA- transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (DSM-5-TR/2022)

I-Característica A- Déficit persistente na comunicação, seja ela verbal ou não e na interação social.

CARACTERÍSTICA-A- possui 3 especificidades:

1ª-Déficit na reciprocidade socioemocional. É preciso obrigatoriamente apresentar 3 especificidades das características A, pra estar no espectro.

-O indivíduo tem dificuldade de entender as emoções ligadas a aquele contexto: - EX:

-Dificuldade na atenção compartilhada;

-Compartilhar interesses com os outros.

2º- Prejuízo na linguagem verbal ou não verbal ou nas interações entre essas formas de comunicação;

-O indivíduo pode falar, verbalizar, mas continua tendo problemas de comunicação, não consegue se expressar porque não consegue entender os sinais da comunicação, como expressões faciais, gestos, a tonalidade da voz do outro, ele compreende, mas não consegue se expressar. O prejuízo pode ser em um desses aspectos, ou em todos.

3º Iniciar e manter relações, podem ser, de trabalho amizade ou amorosa.

- É muito difícil para as pessoas com autismo iniciar relações e manter essas relações;

- No caso do autismo moderado a Severo fico mais evidente as dificuldades.

II- Característica B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

CARACTERÍSTICA B- Possui 4 especificidades: Para o diagnóstico do autismo ser confirmado precisa ter duas dessas especificidades do critério B.

1ª Estereotipias: são comportamentos repetitivos aparentemente disfuncionais, no autismo você não consegue ver essa função, só o indivíduo sabe a função do comportamento estereotipado;

- Existem também as estereotipias vocais as ecolalias, o indivíduo repete as coisas que ouviu

2ª Resistência na quebra de rotina e padrões inflexíveis rituais para fazer as coisas;

- O indivíduo se desregula com a mudança de sua rotina as coisas têm que ser sempre da mesma forma,

-A questão da previsibilidade.

3ª Adesão inflexível a novos temas objetos ou outras coisas:

-Nos casos do autismo moderado a Severo eles se apegam mais a objetos;

- Já nos casos mais leves eles se aтем a temas,

-Tem casos que podem apresentar os dois e em vários casos o foco é considerado anormal, podendo a dimensão trazer prejuízos para o indivíduo, como nas habilidades sociais porque só fala de um tema interesse restrito específico e atrapalha até a socialização, mas em alguns casos esse hiperfoco pode auxiliar; - são as habilidades que podem ajudar inclusive no trabalho. (HIPRFOCO PE TEMA PRA UMA PALESTRA INTEIRA)

4ª As alterações sensoriais do ambiente, a hipo e hiper sensibilidade:

- São Alterações complexas e significativas é uma série de operações sensoriais muitas vezes todos os sentidos alterados para mais ou para menos.

§ 1º Para efeitos desta Lei, será considerada pessoa com TEA aquela com prejuízo na comunicação e nas relações sociais, conforme critérios clínicos definidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID e na Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º A pessoa com TEA é a pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Art. 2º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado.

Parágrafo único. O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente.

Art. 3º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento.

§ 1º O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente:- art 2º da LBI 13.146/15:modelo de avaliação "BIOPSIKOSOCIAL"

§ 2º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência) (Vide Decreto nº 11.063, de 2022).

Art. 3º As pessoas com TEA têm direito à Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – Ciptea, documento válido de identificação civil nos termos da Lei Federal nº 12.764, 27 de dezembro de 2012, com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Complemento:

Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

§ 1º O Estado deve expedir a carteira de identificação da pessoa com TEA, mediante requerimento, acompanhado do laudo médico de que trata o art. 2º desta Lei, com indicação do CID, e deve conter, no mínimo, as seguintes informações:



I - nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF, tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado;

II - fotografia no formato três por quatro centímetros e assinatura ou impressão digital do identificado;

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador;

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

§ 2º Nos casos em que a pessoa com TEA seja imigrante detentor de visto temporário ou de autorização de residência, residente fronteiriço ou solicitante de refúgio, deve ser apresentada a Cédula de Identidade de Estrangeiro – CIE, a Carteira de Registro Nacional Migratório – CRNM ou o Documento Provisório de Registro Nacional Migratório – DPRNM, com validade em todo o território nacional.

§ 3º A Ciptea terá validade de cinco anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado e deve ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com TEA em todo o território nacional.

Art. 4º Institui a Carteira Azul, que se trata de um porta-documentos do condutor de veículos automotores com TEA.

Parágrafo único. A Carteira Azul objetiva facilitar a comunicação entre o condutor com TEA e os agentes de segurança que o abordarem.

Art. 5º A Carteira Azul, de que trata o art. 4º desta Lei, deve conter:

I - a Carteira Nacional de Habilitação – CNH e demais documentos pessoais do condutor com TEA;

II - o contato de um familiar ou de outra pessoa capaz que possa ser responsável pela pessoa com TEA em situação de emergência;

III - as orientações para a pessoa com TEA e para os agentes de segurança.

§ 1º São orientações ao condutor com TEA que devem constar na Carteira Azul:

I - manter as mãos ao volante até que seja instruído a agir de outra forma, ainda que o agente de segurança não esteja próximo ao veículo;

II - manifestar ao agente de segurança que possui a Carteira Azul e, sendo solicitado, apresentá-la; III - responder aos questionamentos do agente de segurança, evitando realizar movimentos bruscos; IV - orientação quanto à utilização de lanterna direcionada para o interior do veículo e de rádio de comunicação pelo



agente de segurança;

V - orientação quanto às luzes e sirene da viatura;

VI- aguardar que o agente de segurança manifeste o fim da abordagem, atendendo suas instruções para seguir. § 2º São orientações aos agentes de segurança que devem constar na Carteira Azul:

I - o condutor pode apresentar movimentos corporais repetitivos, inquietação e contato visual incomum; II - o condutor pode apresentar sinais de alta ansiedade, especialmente devido à exposição à luz forte e som alto;

III - caso haja reação desproporcional por parte do condutor, entrar em contato com o familiar ou outra pessoa indicada como responsável na Carteira Azul;

IV - conceder ao condutor um tempo maior para formulação da resposta;

V - fazer uso de linguagem simples e objetiva;

VI - manifestar de forma clara o fim da abordagem, com a devida instrução de como o condutor deve seguir.

OBS: substituir pela legislação de trânsito para os indivíduos com TEA

Art. 6º A Carteira Azul deve ser disponibilizada em toda a estrutura do Departamento de Trânsito do Estado – Detran PR, compreendendo as Circunscrições Regionais de Trânsito – CIRETRANS e os Centros de Formação de Condutores – CFC's.

Art. 7º Cada pessoa com TEA pode ter mais de uma Carteira Azul.

Art. 8º As carteiras de vacinação em formato impresso ou digital, do sistema de saúde do Estado do Paraná, devem conter esclarecimentos e informações sobre o TEA.

Parágrafo único. As informações de que trata o *caput* deste artigo devem ser as descritas no § 1º do art. 1º desta Lei, ou outras especificadas pelos órgãos públicos competentes.

TÍTULO II

DAS DIRETRIZES

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA ESTADUAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA

DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla

ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 5º A lei deverá assegurar o diagnóstico e intervenção precoce para todos os tipos de autismo.

Parágrafo único. O diagnóstico e a intervenção precoce respeitando a plasticidade cerebral, na tenra idade, asseguram ao indivíduo no espectro uma qualidade de vida significativa



Art. 9º A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve se pautar pelas diretrizes deste Código e observar as disposições da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Art. 10. Constituem-se diretrizes para a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA:

I - intersetorialidade para a formulação e desenvolvimento de ações, políticas públicas e atendimento à pessoa com TEA;

II - participação da comunidade;

III - atenção às necessidades de saúde e de educação da pessoa com TEA, por meio de política de atendimento integrado e de apoio aos familiares;

IV - responsabilidade do Poder Público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

V - capacitação permanente dos agentes públicos das áreas da saúde, educação e assistência social, direta ou indiretamente envolvidos na implementação e execução da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA;

VI - sensibilização da sociedade quanto à inclusão da pessoa com TEA e da sua família;

VII - horizontalização do atendimento multiprofissional integrado à pessoa com TEA e da sua família.

Art. 11. A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada.

CAPÍTULO II

INTERSETORIALIDADE

Art. 4º A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento das ações e das políticas no atendimento à pessoa no TEA, aplicáveis através de convênios celebrados entre a Secretaria Estadual de Saúde - Sesa, a Secretaria Estadual da Educação - Seed e a Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Seti e, sempre que possível, procurando envolver as Secretarias Municipais de Saúde, as Secretarias Municipais de Educação, as Universidades Federais e Estaduais, públicas e privadas e outras instituições como fundações e associações. (NR).

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas trans multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

I- A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas, promovendo e com foco em reduzir as barreiras atitudinais da acessibilidade.

II- A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada e com profissionais qualificados da área do TEA.

Art. 12. A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas.

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais



e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

Art. 13. O Estado poderá desenvolver e manter programas de apoio comunitário que propiciem às pessoas com TEA oportunidades de integração social, acesso à cultura, ao desporto e ao lazer e inserção no mundo do trabalho.

CAPÍTULO III

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Art. 14. O Estado pode promover, em conjunto com a comunidade, campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA, buscando:

I - o auxílio na formulação de políticas públicas para as pessoas com TEA;

II - o controle social da implantação das políticas públicas para as pessoas com TEA, com acompanhamento e avaliação por meio da criação de comitês estaduais e municipais, compostos por representantes de:

- a) associações de pais;
- b) sociedades de pediatria, de neurologia e de neurologia pediátrica;
- c) sociedades de psicologia;
- d) universidades;
- e) gestores públicos estaduais e municipais;

III - a inserção da pessoa com TEA no mercado de trabalho, observando-se as peculiaridades da deficiência e o que prevê a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente;

IV - o treinamento e envolvimento de pais, responsáveis, cuidadores e profissionais das áreas de saúde e de educação, a fim de garantir uma melhor eficiência ao cuidado, bem como melhor escolha na definição e controle das ações e serviços de saúde;

V - a promoção de programas e ações voltados ao diagnóstico precoce do TEA, de modo a permitir atenção integral às necessidades de saúde, educação e conforto da pessoa diagnosticada.

Parágrafo único. As campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA podem ser divulgadas por meio dos canais de comunicação do Estado, bem como pelos canais de comunicação dos demais órgãos públicos e privados



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

envolvidos.

-CRIAR UM CONSELHO ESTADUAL DE PAIS, CUIDADORES DA PESSOA NO ESPECTRO

CAPÍTULO IV

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO DA PESSOA COM TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Seção I

Diretrizes para o atendimento integrado da pessoa com TEA

EDUCAÇÃO

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o

processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou privada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno

acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescidas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvidas mentais e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir

comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreio e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada

gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado

no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V - Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvi mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas,

sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvimentos mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professores da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades

de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvi mentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação,

videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 15. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

I - um Comitê de Gestão;

II - um Grupo Técnico;

III - Centros Macrorregionais de Referência em TEA – CMR em TEA;

IV - Centros Regionais de Referência em TEA – CRR em TEA.

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, devem ser periodicamente efetuados pelos gestores municipais, estaduais, pelo Grupo Técnico e pelo Comitê, conforme critérios previamente estabelecidos pelo Grupo Técnico.

Art. 16. O CMR em TEA será de âmbito macrorregional e tem como objetivo principal a organização e o fortalecimento das redes municipais de saúde, de educação e de assistência social no atendimento às pessoas com TEA e de suas famílias, por meio de Equipes Matriciadoras.

Parágrafo único. Cada macrorregião de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CMR em TEA.

Art. 17. O CRR em TEA será de referência regional e tem como objetivo principal o atendimento dos casos severos, graves e refratários da região de saúde respectiva, definidos por meio de protocolo previamente estabelecido, além de apoiar o trabalho do CMR em TEA.

Parágrafo único. Cada região de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CRR em TEA.



Art. 18. As normas para a habilitação, o funcionamento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, serão estabelecidas em normativa específica do órgão regulador e responsável.

§ 1º As ações dos CMR e dos CRR em TEA podem ser executadas, prioritariamente, por órgãos e entidades públicas, ou, de forma complementar, por instituições privadas com expertise no atendimento às pessoas com TEA e suas famílias.

§ 2º O CMR e o CRR em TEA serão regidos pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Nacional de Educação.

§ 3º O CMR e o CRR em TEA devem ser implementados de acordo com os critérios técnicos estabelecidos em normativa específica, a ser publicada pelo órgão responsável.

§ 4º O atendimento das pessoas com autismo e de suas famílias residentes no município-sede do CMR ou do CRR em TEA é de responsabilidade do próprio centro.

§ 5º O CMR e o CRR em TEA devem ser identificados, com a caracterização visual previamente definida pelo Grupo Técnico.

Art. 19. Os CMR e CRR em TEA podem adotar dentre as terapias propostas para o tratamento do TEA os métodos de Análise de Comportamento Aplicado – ABA, Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit Relacionados à Comunicação – TEACCH e Sistema de Comunicação por Troca de Imagens – PECS.

Parágrafo único. O tratamento nos CMR e CRR em TEA contará, preferencialmente, com terapias que envolvam a fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia e equoterapia.

Art. 20. A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve ser voltada ao atendimento integrado da pessoa com TEA, por equipes multidisciplinares, exemplificadamente composta por profissionais das seguintes áreas:

Saúde:

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no “TEA” e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do

Transtorno do Espetro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II- Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV- Psiquiatra;

V- T. O;

VI- Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que

deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho.

I - medicina;

II - fonoaudiologia;

III - fisioterapia;

IV - terapia ocupacional;

V - psicologia;

VI - pedagogia;

VII - musicoterapia;



VIII - equoterapia;

IX - psicoterapia.

Parágrafo único. A psicoterapia para tratamento das pessoas com TEA tem como

objetivo: I - estimular os comportamentos sociais, como contato visual e comunicação funcional;

II - incentivar os comportamentos acadêmicos, como a leitura, a escrita e o aprendizado da matemática; III - reforçar as atividades da vida diária, como higiene pessoal;

IV - reduzir os comportamentos problemáticos, como agressões, estereotípias, autolesões, agressões verbais e fugas.

Seção II

Diretrizes para a Educação

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos

termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou provada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior

é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescentadas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvi mentais e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de

planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V – Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e

avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas

mentais plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professores da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvimentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade

da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 21. Quanto às instituições de ensino, a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve estabelecer as seguintes diretrizes:

I - utilização de profissionais, estudantes e docentes das instituições de ensino superior, de forma a auxiliar na formação de profissionais aptos a diagnosticar e tratar o TEA precocemente, por meio de cursos, palestras e programas de incentivo profissional em diferentes níveis;

II - garantia de parcerias com as instituições de ensino para a promoção de cursos, palestras e programas de incentivo ao profissional, nos diversos níveis;

III - inclusão dos estudantes com TEA nas classes comuns de ensino regular com o apoio e as adaptações necessárias da tecnologia da educação;

IV - incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados na pesquisa e no atendimento da pessoa com TEA;

V - inserção do estudo do autismo com base científica no quadro de disciplinas das instituições de ensino superior, em seus cursos de medicina e outros ligados à área de saúde, educação e tecnologia;

VI - adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas no ambiente escolar a fim de desenvolver o potencial humano, o senso de dignidade, autoestima, e respeito pelos direitos humanos, liberdades e diversidade humana das pessoas com TEA;

VII - garantia de que os planos de atendimento educacional especializado dos estudantes com TEA aplicados no âmbito da educação municipal, quando houver, sejam encaminhados para a escola estadual no momento da mudança dos anos iniciais para os anos finais de ensino.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Parágrafo único. O Estado pode criar e implantar Centros Avançados de Estudo e Capacitação de Educadores da Rede Pública de Ensino do Paraná para atendimentos de alunos com TEA.

Art. 22. Os estabelecimentos privados de ensino devem substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA, para que estes não sejam submetidos a incômodos sensoriais ou risco de pânico.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no *caput* deste artigo sujeita os infratores à multa no valor de 200 UPF/PR (duzentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

Art. 23. O Estado pode substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA nos estabelecimentos públicos de ensino, conforme a sua autonomia administrativa e capacidade orçamentária.

Excluir- Não existe método ABA

Subseção I Método ABA

Art. 24. O Estado pode incluir na rede pública de ensino o Sistema de Inclusão escolar baseado no método de Análise do Comportamento Aplicada – ABA (*Applied Behavior Analysis*), para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, ou outro sistema de inclusão escolar validado pelos órgãos competentes.

Art. 25. O Estado pode avaliar as escolas da rede pública que já contam com estrutura física e recursos humanos para iniciar gradativamente a inclusão do método ABA na rede pública de ensino.

§ 1º Cada unidade de ensino pode dispor de profissionais capacitados para a efetiva implementação do método ABA, por meio da avaliação, da criação de plano de ensino, da aplicação e monitoramento por psicólogo da área da educação, por pedagogos, psicopedagogos e por estagiários de pedagogia.

§ 2º A Secretaria de Estado da Educação pode firmar parcerias com as instituições de ensino que trabalhem com técnicas baseadas em evidências com o método ABA, com a promoção de cursos, palestras e capacitações formativas.

Art. 26. Os alunos com TEA serão avaliados por equipe multidisciplinar, incluindo profissionais especializados dos órgãos públicos competentes, professor de atendimento educacional especializado, psicólogo, pedagogo, professores



e demais profissionais da unidade escolar que avaliarão se há necessidade de cada indivíduo aderir ao método ABA.

Parágrafo único. A adesão ao método ABA será facultativa aos alunos que apresentarem uma relação social autônoma ou possuírem outro tipo de acompanhamento pedagógico ou terapêutico, dentro ou fora do ambiente escolar.

Subseção II

Da educação especial

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no "TEA".

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação "biopsicossocial", conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

Art. 27. Constituem-se diretrizes para a educação especial voltada para a pessoa com TEA:

I - acesso ao sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem;

II - garantia de acesso, permanência, participação, aprendizagem e matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de

matrícula na rede de ensino estadual;

III - participação dos estudantes com autismo e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar;

IV - desenvolvimento acadêmico e social com planejamento de estudo de caso por meio da elaboração e implementação de programa de apoio pedagógico e de inclusão;

V - formação continuada de professores e demais profissionais da educação para o adequado atendimento educacional especializado, para adoção de práticas pedagógicas inclusivas, manejo de comportamento e apoio à realização de pesquisas e à promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva;

VI - atendimento educacional especializado, tendo por objeto a inclusão e a realização de adaptações razoáveis para atender às características dos estudantes com TEA, de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de igualdade, promovendo a sua autonomia.

§ 1º Na forma do parágrafo único do art. 27 da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, é dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

§ 2º É vedada a contratação e a utilização de estagiários para fins do inciso V do *caput* deste artigo, salvo quando acompanhado de um profissional comprovadamente capacitado no atendimento à pessoa com TEA.

Art. 28. O Programa de Apoio Pedagógico de que trata o inciso IV do art. 27 desta Lei exemplificadamente pode



conter:

- I - a identificação do estudante;
- II - a avaliação do estudante;
- III - os programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;
- IV - as folhas de registros de todos os programas de ensino;
- V - o protocolo de conduta do estudante;
- VI - as diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;
- VII - os recursos de acessibilidade ao currículo.

Parágrafo único. O Programa de Apoio Pedagógico é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados pela comunidade escolar para a aprendizagem do estudante.

Art. 29. A elaboração de Programa de Apoio Pedagógico pode ser realizada por meio de três

fontes: I - entrevista:

1. com os pais ou responsáveis;
2. com o próprio estudante, quando possível;

II – avaliação do estudante com protocolo de conduta cientificamente validado.

Parágrafo único. Podem ser incluídas outras fontes, tais como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 30. A avaliação do estudante por meio do protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, pode ser realizada semestralmente, contendo:

- I - os domínios de habilidades de aprendiz;
- II - os domínios de habilidades desenvolvimentais;
- III - os domínios de habilidades acadêmicas.

§ 1º Habilidades de aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade.



§ 2º Habilidades desenvolvimentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, habilidades sociais, entre outros;

§ 3º Habilidades acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritas no currículo escolar;

§ 4º A avaliação de que trata o *caput* deste artigo também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, desde que cubram os domínios constantes nos incisos do *caput* deste artigo.

Art. 31. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, de que trata o art. 30 desta Lei, podem ser escritos os programas de ensino, contendo os seguintes elementos:

I - habilidade-alvo planejada, a qual deve estipular a meta mínima aceitável de

aprendizagem; II - procedimento de ensino da habilidade-alvo;

III - frequência e temporalidade de implementação do programa de ensino;

IV - sistema de ajuda para emissão da habilidade-alvo combinado com modelo de retirada gradual, até o alcance da autonomia;

V - alvos do ensino de determinada habilidade;

VI - folhas de registro de tentativa que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, descrevendo quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade.

Art. 32. Todos os agentes escolares que atuam junto ao estudante devem conhecer e acessar o protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, que conterá ao menos as seguintes informações:

I - interesses e objetos;

II - elementos gatilhos para episódios de agressividade;

III - forma de lidar com comportamentos desafiadores, incluindo procedimentos emergenciais de intervenção física, quando houver necessidade;

IV - formato de comunicação com o estudante;

V - sistemas de Comunicação Alternativa utilizados para a inclusão, quando necessário;

VI - informações nutricionais e de saúde;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

VII - contatos da equipe terapêutica.

Art. 33. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar o Professor Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade ou avaliações deve ser justificada mediante os dados extraídos da avaliação prevista no art. 30 desta Lei.

Art. 34. O Programa de Apoio Pedagógico somente será colocado em execução com anuência dos pais ou responsáveis e, nas hipóteses viáveis, da própria pessoa com TEA, devendo seguir os seguintes requisitos mínimos:

I - elaboração em até trinta dias após o início das aulas com o estudante em fase inicial de escolarização em estabelecimento escolar, ou antes, do começo das aulas para o estudante já matriculado em estabelecimento escolar;

III - apresentação em reunião formal aos pais ou responsáveis, à equipe multidisciplinar e à pessoa com o TEA, quando possível, após finalizado;

IV - assinatura de concordância dos pais ou responsáveis e, sempre que possível da pessoa com TEA;

V - acesso aos pais, responsáveis e à pessoa com TEA, caso queiram, para estudo e realização de consultas profissionais externos, inclusive da equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa com TEA;

VI - apresentação de assentimento ou pedidos de mudanças do planejamento dos pais, responsáveis ou da pessoa com TEA, as quais poderão ser aceitas ou não pela equipe técnica;

VII - recebimento formal da cópia física ou digital do Programa de Apoio Pedagógico pelos pais ou responsáveis;

VIII - comunicação formal aos pais ou responsáveis e acerca de alterações realizadas nos programas de ensino, sendo-lhes entregues cópias físicas ou digitais de todos os novos programas.

§ 1º A assinatura, na forma do inciso IV do *caput* deste artigo, é requisito obrigatório para início da vigência do Programa de Acompanhamento Pedagógico.

§ 2º Caso os pais, responsáveis e a pessoa com TEA optem pelo acesso constante descrito no inciso V do *caput* deste artigo, será realizada nova reunião de anuência do Programa de Acompanhamento Pedagógico em até quinze dias.

§ 3º Caso não sobrevenha consenso em relação ao Programa de Acompanhamento Pedagógico, o Ministério Público do Paraná por intermédio do Conselho Tutelar será convocado para mediar o conflito, sendo autorizada a realização de nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou de equipe externa indicada.

Art. 35. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da Regional:

I - coordenar a avaliação do estudante com TEA bem como a elaboração do estudante;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

II - elaborar:

- a) os Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvidas do estudante com TEA;
- b) o Protocolo de Conduta do estudante com TEA;
- c) s orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§ 1º A avaliação e a elaboração dos programas e protocolos devem ocorrer de forma multidisciplinar, sendo permitida a utilização de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante.

§ 2º O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos e processos de treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas pertinentes ao estudante, bem como da análise mensal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando e de mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou ainda de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 36. Compete ao Professor Regente da sala de aula:

- I - elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante com TEA;
- II - adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 37. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

- I - pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;
- II - pranchas de Rotina Visual;
- III - aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;
- IV - sistema de Fichas;
- V - uso de estratégias motivacionais;
- VI - acompanhante especializado aos estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas plenas na avaliação inicial;
- VII - outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante com TEA o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Subseção III

Da Clínica Escola

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no "TEA" e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do Transtorno do Espctro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II-Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV-Psiquiatra;

V-T. O;

VI-Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto

pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar

sozinho.

Art. 38. Estabelece as diretrizes para criação e implementação de Clínicas-Escola, para propiciar ensino escolar individualizado com tratamento clínico especializado para atendimento adequado à pessoa com TEA.

Parágrafo único. As Clínicas-Escola podem:

I – contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

II - prestar atendimento em fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias para tratamento de pessoas com TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas com TEA.

Art. 39. A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das Clínicas-Escola, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto no nesta Lei.

Subseção IV

Dos Convênios de Estágio

-Sugere às faculdades a criação do currículo TEA, a disciplina TEA, nos cursos de graduação, das universidades, públicas e privadas.

Art. 40. Estabelece diretrizes para a criação de convênios entre os estabelecimentos de ensino superior e a rede pública de educação, para atendimento de alunos com TEA.

Parágrafo único. Os convênios mencionados no *caput* deste artigo têm como objetivo a disponibilização de estagiários, em fase de estágio obrigatório, para atendimento como tutor ou profissional de apoio, priorizando-se estagiários dos seguintes cursos:

I - psicologia;

II - fisioterapia;

III - fonoaudiologia;

IV - nutrição;

V - medicina;

VI - enfermagem;

VII - demais profissões previstas nesta Lei.

Art. 41. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, devem estar em fase de estágio obrigatório, dependendo apenas do referido estágio para a obtenção do grau.

Art. 42. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, atuarão dentro de sala de aula, supervisionados por professor especialista em atenção ao aluno com TEA.

Paragrafo único. O professor supervisor de que trata o *caput* deste artigo deve avaliar os estagiários mensalmente.

Seção III

Saúde bucal

Art. 43. Institui o Programa TEAtenção da Saúde Bucal, tendo por objeto garantir a atenção e cuidados necessários e adequados para o tratamento da saúde bucal da pessoa com TEA, especialmente crianças e adolescentes autistas.

Art. 44. O Programa TEAtenção da Saúde Bucal será desenvolvido na rede estadual de saúde, com apoio de especialistas e de representantes de associações de pais de autistas, tendo como principais objetivos:

I - oferecer gratuitamente às pessoas com TEA tratamento de saúde bucal adequado às suas necessidades e com atendimento especializado às suas condições e peculiaridades comportamentais;

II - capacitar e especializar profissionais na área de saúde bucal para o devido atendimento das pessoas com TEA, em especial para crianças e adolescentes;

III - absorver e promover novas técnicas e procedimentos que possibilitem melhoria na qualidade de vida dos autistas e familiares.

Art. 45. O Estado pode firmar parcerias com entes públicos e privados para o alcance dos objetivos do Programa TEAtenção da Saúde Bucal.

Seção IV

Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA

Art. 46. Estabelece diretrizes para a criação do Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA.

-Direito ao mapeamento e aconselhamento genético, em caso de risco alto para o TEA

Art. 47. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA tem como objetivos: I - oferecer assistência integral às mulheres com TEA durante a gestação e após o parto;

II - reduzir o risco de complicações gestacionais e do parto;

III - promover o cuidado parental;

IV - garantir:

1. acesso a profissionais especializados no atendimento a gestantes com TEA;
2. o bem-estar e a saúde materno-infantil.

Art. 48. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA é composto por: I - acompanhamento:

1. pré-natal e pós-parto com equipe multidisciplinar especializada em TEA;
2. nutricional;
3. psicológico e psiquiátrico;

II - orientações e suporte para a criação dos filhos;

III - monitoramento da saúde da mãe e do bebê;

IV - exames e procedimentos médicos necessários.

Art. 49. Toda gestante com TEA é considerada de alto risco e será atendida levando-se em consideração o alto risco de sua gestação, visando reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil, facilitando o diagnóstico e acompanhamento.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 50. As gestantes com TEA serão encaminhadas ao Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA por meio da rede estadual de saúde ou poderão se inscrever voluntariamente.

Art. 51. A Secretaria competente deve fornecer durante o período de Pré-natal e Pós-parto todo o acompanhamento psicológico e psiquiátrico necessário à gestante com TEA, além do acompanhamento ginecológico, obstétrico e pediátrico fornecido pelo Sistema Único de Saúde.

§ 1º É obrigatória a elaboração conjunta de um plano de parto multidisciplinar, envolvendo o obstetra, o psicólogo e o psiquiatra.

§ 2º O acompanhamento psicológico e psiquiátrico da mulher com TEA e de seu filho será realizado até o segundo ano de vida da criança, em conjunto com o médico pediatra.

§ 3º O médico pediatra que acompanha o filho de mulher com TEA deve informar aos órgãos competentes caso constate que a criança apresenta sinais de TEA.

Art. 52. As mães de crianças com TEA têm direito à prioridade para atendimento psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO V

RESPONSABILIDADE DO ESTADO QUANTO À INFORMAÇÃO PÚBLICA RELATIVA AO TRANSTORNO E SUAS IMPLICAÇÕES

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 53. O Estado, em parceria com o município e instituições filantrópicas ou privadas, pode implantar cursos e

palestras gratuitos e pode criar campanhas educativas com os seguintes temas:

I - importância do diagnóstico;

II - terapias auxiliares;

III - manuseio;

IV - regularidade de estímulos;

V - desenvolvimento do paciente;

VI - cuidados básicos para evitar acidentes.

TÍTULO III

DO DIAGNÓSTICO

Art. 54. Institui a Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA, o Pré-Autismo, com o objetivo de promover a identificação precoce e o diagnóstico, das pessoas com TEA na primeira infância.

Art. 55. São diretrizes da Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA:

I - promoção:

a) da conscientização e divulgação de informações sobre o TEA e seus sintomas para a população em geral e, especialmente, para os profissionais que atuam com pessoas com TEA;

b) da articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social para garantir o atendimento integral e interdisciplinar às pessoas com sintomas do TEA ou Pré-Autismo e suas famílias;

II - capacitação dos profissionais que atuam com pessoas com TEA para a identificação precoce dos sinais e sintomas do TEA ou pré-autismo;

III - estímulo à pesquisa científica e ao desenvolvimento de tecnologias para a detecção, diagnóstico e tratamento do TEA;

IV) garantia do acesso a tratamentos e terapias específicas, de acordo com as necessidades de cada pessoa com TEA.

Art. 56. O Estado priorizará a implantação dos protocolos de prognóstico e diagnóstico precoce do TEA, por meio do trabalho de profissionais de saúde e de educação já contratados, de forma multidisciplinar.

§ 1º O protocolo para diagnóstico precoce do TEA deve observar se o paciente ou aluno está pontuando para deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por:

I - deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social;

II - ausência de reciprocidade social;

III - falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns;

IV - excessiva aderência a rotinas;

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

V - padrões de comportamentos ritualizados e interesses restritos e fixos.

§ 2º A triagem do desenvolvimento será realizada durante as consultas de rotina na primeira infância do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

§ 3º Os profissionais devem ser capacitados para aplicar instrumentos de triagem validados e específicos para a detecção de sinais e sintomas de TEA ou Pré-Autismo.

Art. 57. Para os efeitos desta Lei entende-se por diagnóstico precoce a identificação, nos alunos ou pacientes, dossintomas característicos do autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento, e, ainda que não se trate de conclusão médica definitiva, devem ser identificadas intervenções precoces.

§ 1º Os profissionais das áreas de saúde e educação devem ser capacitados para identificar e rastrear sinais de risco de autismo, conforme os mais atuais instrumentos disponíveis e aceitos pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º Para fins de Diagnóstico Precoce do TEA será observada a aplicação da Escala M-CHAT, um questionário de avaliação do paciente, conforme prática adotada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, conforme Anexo Único desta Lei.

§ 3º A avaliação de que trata o § 2º deste artigo deve ser respondida pelos pais ou responsáveis, devidamente acompanhados de um profissional de saúde, no primeiro atendimento de saúde da criança perante a rede de saúde pública ou privada.

§ 4º De forma periódica, devem ser efetuadas novas avaliações, até que a criança tenha completado dezoito meses de idade.

§ 5º Caso o resultado obtido no teste demonstre a necessidade de nova avaliação, o profissional deve encaminhar o paciente para atendimento especializado.

§ 6º Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização em relação ao conteúdo da presente Lei, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar apta ao exame dos formulários M-CHAT respondidos perante o Sistema de Saúde.

§ 7º O Estado pode fazer a inclusão no aplicativo de celulares smartphone Saúde Online Paraná do formulário M-CHAT, para que pais ou responsáveis respondam o questionário, com seu imediato encaminhamento para a equipe multidisciplinar responsável, observando o local de residência do cadastro.

§ 8º O sistema eletrônico pode efetuar o envio prioritário dos questionários que, após análise por inteligência artificial, demonstrem chance de diagnóstico positivo.

§ 9º Caso o resultado do questionário indique diagnóstico positivo, o profissional responsável pela avaliação comunicará de imediato a necessidade de agendamento de acompanhamento com profissional especializado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 58. O Estado pode disponibilizar avaliação por equipe multiprofissional para rastreamento precoce de possíveis comportamentos autísticos ou diagnóstico precoce com vistas à intervenção precoce, à reabilitação e à atenção integral às necessidades da pessoa com TEA.

§ 1º A intervenção precoce, a reabilitação e a atenção integral citados no *caput* deste artigo devem ser decorrentes de atendimento especializados nas seguintes áreas:

I - neurologia;

II - psiquiatria;

III - psicologia;

IV - psicopedagogia;

V - psicoterapia comportamental;

VI - odontologia;

VII - fonoaudiologia;

VIII - fisioterapia;

IX - educação física;

X - musicoterapia;

XI - equoterapia;

XII - hidroterapia;

XIII - terapia nutricional;

XIV - terapia ocupacional.

§ 2º A avaliação por equipe multiprofissional é instrumento fundamental para o encaminhamento aos atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo, bem como para o planejamento e gestão das áreas de saúde, da educação e da assistência social.

§ 3º Para maior eficácia, os atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo podem ser fornecidos em clínicas, ambulatórios ou centros de referência em autismo, públicos ou privados, que disponham de todos os serviços integrados, para a realização do tratamento terapêutico singular da pessoa com TEA, em todas as fases da vida, podendo ser incluídas outras modalidades, conforme avaliação multiprofissional.

§ 4º A atenção integral às necessidades da pessoa com TEA de que trata o *caput* deste artigo pode incluir a distribuição gratuita de nutrientes, fraldas e medicamentos.

Art. 59. As ações de diagnóstico devem observar a intersetorialidade prevista nesta Lei, por meio de atuação conjunta entre o Estado do Paraná, municípios, Universidades Federais e Estaduais e outras instituições como fundações e associações.

Art. 60. Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar para a realização do diagnóstico.

TÍTULO IV

DOS DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do

atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 61. São direitos da pessoa com TEA:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer; II - a proteção contra qualquer forma de abuso, exploração e discriminação;

III - o acesso:

a) a medicamentos e exames médicos, quando necessário;

b) à informação com base em evidência científica que auxilie no seu diagnóstico, tratamento e educação; c) à educação e ensino profissionalizante;

d) à moradia;

e) à previdência social e à assistência social;

f) ao tratamento com base em evidência científica;

g) ao diagnóstico precoce;

IV – a participação em atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas ao seu protagonismo, realizada por meio de políticas afirmativas e sendo respeitadas suas limitações;

V - a acessibilidade nas instalações e serviços públicos, inclusive nos serviços eletrônicos com adaptações sonoras e visuais, a fim de evitar incômodos sensoriais;

VI - a garantia de proteção e assistência social necessária para a família, ou responsáveis pela pessoa com TEA, inclusive com atendimento psicológico especializado;

VII – a participação social das organizações da sociedade civil especializadas sobre o TEA, nos espaços consultivos, deliberativos, de fiscalização e articulação das políticas públicas sobre o tema.

Art. 62. A pessoa com TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, deve ser observado o que dispõem as normas federais aplicáveis.

CAPÍTULO I

MECANISMOS DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E CANAL DE DENÚNCIA

Art. 63. Para os efeitos desta Lei define-se discriminação contra as pessoas com TEA qualquer forma de distinção, recusa, restrição ou exclusão, inclusive por meio de comentários pejorativos, por ação ou omissão, seja presencialmente, pelas redes sociais ou em veículos de comunicação, que tenha a finalidade ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, o gozo ou o exercício dos direitos das vítimas.

Art. 64. Comprovada a prática, indução ou incitação de discriminação contra pessoa ou grupo de pessoas com TEA, os infratores ficam sujeitos às seguintes penalidades:

I - advertência escrita acompanhada de um folheto explicativo sobre o TEA, com o encaminhamento do infrator para participação em palestras educativas sobre o tema, ministradas por entidade pública ou privada de defesa de pessoas com TEA, bem como a possibilidade de atuação como voluntário nos Centros de Atendimentos às pessoas com TEA;

II - multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa física; III - multa no valor de 2.000 UPF/PR (duas mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa jurídica.

Art. 65. O gestor escolar ou autoridade competente que recusar de maneira discriminatória a matrícula de estudante com TEA fica sujeito às penalidades previstas na legislação vigente.

Art. 66. Institui o Disque Autismo, que consiste em um serviço de atendimento telefônico gratuito para o recebimento de denúncias de maus tratos e de descumprimento dos direitos da pessoa com TEA, bem como para orientação sobre o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA.

§ 1º O Disque Autismo também pode receber denúncias por meio de *sites* ou aplicativos de celular.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 2º As denúncias recebidas podem ser realizadas de forma anônima, garantindo-se o sigilo das informações, que devem ser encaminhadas aos órgãos competentes para as providências cabíveis.

Art. 67. O número de telefone do Disque Autismo será divulgado por meio de informativos a serem afixados em todas as unidades de ensino e de saúde, públicas e particulares e nos sites oficiais dos órgãos públicos estaduais.

CAPÍTULO II

DA RESERVA DE ASSENTOS ESPECIAIS NOS VEÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO INTERMUNICIPAIS

Art. 68. É obrigatória a reserva de assentos especiais nos veículos de transporte público intermunicipais para as pessoas com TEA que necessitam de atenção e cuidados especiais.

§ 1º Os assentos especiais devem estar localizados próximos às portas de entrada e de saída dos ônibus, para facilitar o acesso e desembarque dos passageiros.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 69. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a reserva de assentos especiais para pessoas com TEA.

Art. 70. O descumprimento do que estabelecem os arts. 68 e 69 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO III

DA REDUÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS

Art. 71. Os órgãos públicos podem reduzir a duração da jornada de trabalho dos servidores públicos que sejam pais ou detenham a curatela ou guarda legal de crianças com TEA, em até duas horas diárias, sem redução de vencimentos, a fim de acompanhá-los em consultas médicas e terapias multidisciplinares.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO IV

ANIMAL DE ASSISTÊNCIA EMOCIONAL - ESAN

Art. 72. Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

Art. 73. O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

Art. 74. O passageiro com TEA deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 75. É vedado o transporte de animal de assistência emocional em assento destinado a passageiros, devendo o animal ser acomodado em local apropriado e seguro no interior do veículo.

CAPÍTULO V

GRATUIDADE DE PASSAGENS

Art. 76. As pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência têm direito à gratuidade das passagens em ônibus intermunicipais e intramunicipais, desde que comprovada a condição de pessoa com TEA.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 77. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a gratuidade das passagens para pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência.

Art. 78. O descumprimento do estabelecido nos arts. 76 e 77 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO VI

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

Art. 79. Assegura a prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 80. Os órgãos previstos no art. 79 desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA.

Art. 81. O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

Parágrafo único. Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* deste artigo será aplicada em dobro.

Art. 82. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido no art. 79 desta Lei.

CAPÍTULO VII

GRATUIDADE DE INGRESSOS ESPORTIVOS

Art. 83. Assegura à pessoa com TEA gratuidade em eventos esportivos quando a equipe mandatária tiver sofrido as seguintes penalidades impostas pela Justiça Desportiva:

I - impedimento de realizar a partida com público;

II - perda de renda obtida com a partida.

§ 1º A gratuidade de que trata o *caput* deste artigo será estendida aos pais, cuidadores ou responsáveis da pessoa com TEA, limitada a no máximo dois acompanhantes por pessoa com TEA.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

CAPÍTULO VIII

COMPETIÇÕES PARAESPORTIVAS

Art. 84. Todas as competições paraesportivas realizadas, organizadas, patrocinadas ou apoiadas pela Administração Pública Direta ou Indireta do Estado do Paraná devem possuir categoria exclusiva para pessoas com o TEA com QI maior que 75.

Parágrafo único. No momento da competição, havendo apenas um paratleta presente para participar da categoria especificada, cabe ao indivíduo decidir se deseja que seja realizada a competição nesta categoria e a respectiva premiação.

CAPÍTULO IX

DO BANCO DE EMPREGOS

Art. 85. O Estado pode estabelecer critérios para a criação de banco de empregos para pessoas com TEA.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a criação e manutenção do banco de empregos para pessoas com TEA.

Art. 86. Os critérios para a utilização do Banco de Empregos podem ser definidos pelo Estado.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a devida consecução do Banco de empregos.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 87. As empresas com mais de cem empregados que recebem incentivos fiscais concedidos pelo Estado do Paraná devem destinar no mínimo dois por cento de suas vagas de trabalho para pessoas com TEA.

TÍTULO V

DAS OBRIGAÇÕES DOS PRIVADOS

CAPÍTULO I

DOS ESTÁDIOS

Art. 88. Obriga os estádios e arenas esportivas com capacidade igual ou superior a dez mil pessoas a fornecerem abafadores de ruídos para pessoas com TEA.

§ 1º O abafador de ruídos de que trata o *caput* deste artigo será fornecido no momento da entrada do evento, após a apresentação da Ciptea ou do laudo médico pericial que ateste o TEA.

§ 2º Os responsáveis pela realização de eventos ou gerenciamento de estádios e arenas, por iniciativa própria, podem criar espaços reservados e adaptados para pessoas com TEA, com cadastro, plano de sócio e relações comerciais especiais.

CAPÍTULO II

DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Art. 88. A pessoa com TEA não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 90. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde de suspenderem ou cancelarem, sem justa causa e sem prévio aviso, o fornecimento de seus serviços a consumidores com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 1º Considera-se justa causa, para os fins desta Lei, o previsto nas seguintes hipóteses:

I – inadimplência por parte do consumidor contratante por mais de 180 (cento e oitenta) dias

consecutivos; II – fraude por parte do consumidor contratante no diagnóstico que ateste o TEA;

III – encerramento da prestação de serviços de saúde pela operadora no âmbito do Estado do Paraná.

§ 2º O aviso prévio mencionado no *caput* deste artigo deve ser encaminhado aos pacientes e a seus responsáveis legais, mesmo nas hipóteses em que haja justa causa, por meio de sistema de comunicação que possibilite a comprovação de seu recebimento, com o prazo mínimo de noventa dias antes da suspensão ou cancelamento da prestação dos serviços.

Art. 91. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde a imporem carências ou custos abusivos para os consumidores com TEA em comparação aos planos ofertados aos demais usuários contratantes.

Art. 92. As operadoras de saúde que descumprirem o disposto nesta Lei ficam sujeitas à multa de no mínimo 100 UPF/PR (cem vezes a Unidades Padrão Fiscal do Estado do Paraná).

CAPÍTULO III

DA INCLUSÃO DE PESSOA COM TEA EM PONTOS TURÍSTICOS

Art. 93. Estabelece diretrizes para a inclusão de pessoas com TEA em pontos turísticos, hotelaria e similares, compreendendo albergues, *campings*, *hostels*, pousadas e *resorts*.

§ 1º Considera-se ponto turístico, para os fins desta Lei, o local de interesse onde os turistas visitam, tipicamente pelo seu valor natural ou cultural inerente ou exposto, significado histórico, beleza natural ou construída, proporcionando lazer e diversão.

§ 2º Considera-se hotelaria, para os fins desta Lei, a atividade de comércio que trabalha com o turismo de um modo geral e tem como finalidade atuar nas áreas de hospedagem, alimentação, segurança, entretenimento e outras atividades relacionadas ao bem-estar dos hóspedes, prezando sempre pela qualidade e pelo bom atendimento oferecido.

Art. 94. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem proporcionar às pessoas diagnosticadas com TEA as condições adequadas para inclusão, tais como:

I - salas de dessensibilização ou local para aliviar estímulos;

II - materiais para auxiliar no planejamento da visita – história social – que podem estar inseridos no seu *site*, por meio de *QR Code* ou por meio de material impresso;

III - banheiro família, para que a pessoa com TEA possa utilizá-lo acompanhada de um familiar ou responsável; IV

- placas de atendimento e vagas de estacionamentos prioritários, estampados com o símbolo mundial do autismo;

V - identificação de seus colaboradores para que possam melhor orientar as visitas.

Art. 95. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem:

I - capacitar e treinar seus colaboradores, por meio de empresas e profissionais capacitados por entidades especializadas em TEA;

II - aumentar, em cinquenta por cento, o número de vagas preferenciais reservadas para veículos de pessoas com deficiência.

Art. 96. Nos pontos turísticos, hotelaria e similares em que houver muitos estímulos de som alto devem estar dispostos, no acesso de entrada, placa informativa desta situação, bem como abafador de ruídos, para que a pessoa com TEA, em caso de necessidade, possa fazer uso.

TÍTULO VI

DO CENSO DE PESSOAS COM TEA E DE SEUS FAMILIARES

Art. 97. Cria o Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares (família nuclear) e seu cadastramento, com o objetivo de identificar, mapear e cadastrar o perfil socioeconômico e étnico cultural das pessoas com TEA e de seus familiares, com vistas ao direcionamento das políticas públicas desse segmento social, em especial visando saúde, educação, trabalho e lazer.

Art. 98. Com os dados obtidos por meio da realização do Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares será elaborado um cadastro com as seguintes informações:

I - quantitativas sobre os tipos e os graus de autismo no qual a pessoa com TEA foi diagnosticada; II - necessárias para contribuir com a qualificação, a quantificação e a localização das pessoas com TEA e de seus

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

familiares;

III - sobre o grau de escolaridade, nível de renda, raça e profissão da pessoa com TEA e de seus familiares.

Art. 99. O Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será realizado a cada quatro anos, devendo conter mecanismos de atualização mediante autocadastramento.

Art. 100. O sistema de gerenciamento e mapeamento dos dados contemplará, em sua composição, ferramentas de pesquisa básica e de pesquisa ampla para manuseio pelas Secretarias Estaduais de Saúde, de Educação, de Desenvolvimento Social e Família, de Desenvolvimento Urbano e da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, ou outras Pastas que as substituam, abrangendo os cruzamentos de informações quantitativas necessárias para a articulação e formulações de políticas públicas.

§ 1º Os dados obtidos por meio do Programa são inalteráveis e deverão ser transpostos para o sistema de banco de dados dos órgãos competentes.

§ 2º As estatísticas do cadastro deverão estar disponíveis, preservando-se os direitos invioláveis de sigilo, a fim de proteger as pessoas com TEA e suas famílias para que se possa mensurar a evolução e o georreferenciamento do transtorno na sociedade, bem como a resposta do Poder Público ao tratamento apropriado.

§ 3º Para assegurar a confidencialidade e o respeito à privacidade das pessoas com TEA e seus familiares, as informações contidas no Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares terão caráter sigiloso e serão usadas exclusivamente para fins estatísticos, não podendo ser objeto de certidão ou servir de provas em processo administrativo, fiscal ou judicial.

§ 4º Os dados do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser compartilhados com a administração municipal direta e indireta, bem como com os demais órgãos públicos federais, estaduais e municipais desde que justificada a necessidade pelo requerente, que assinará termo de responsabilidade quanto ao uso dos dados compartilhados.

§ 5º Os órgãos competentes poderão firmar convênio com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná – CRM/PR, ou outro conselho competente para o diagnóstico, para fins de estatística e cadastramento, que hospitais, clínicas e consultórios públicos e privados lhe informem quando diagnosticarem ou tomarem conhecimento de algum paciente com TEA.

Art. 101. A instituição ou órgão responsável pela elaboração e execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares empreenderá estudos para desenvolver outros indicadores de forma a subsidiar com dados estatísticos a melhoria da qualidade no tratamento da pessoa com TEA e, visando uma solução futura por meio de políticas públicas de incentivo específico, poderá informar:

I - a quantidade de profissionais especialistas disponíveis e imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

que atendem na rede pública e privada de forma georreferenciada na capital, região metropolitana e interior; II - qual o déficit de profissionais especializados.

Parágrafo único. Os profissionais especialistas imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo incluem neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, educadores físicos, entre outros.

Art. 102. As pessoas envolvidas na realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares devem ser capacitadas para atuar com pessoas com TEA por equipe multidisciplinar composta inicialmente por:

I - psicólogo;

II - assistente social;

III - psicopedagogo;

IV - fonoaudiólogo;

V - neurologista;

VI - psiquiatra.

Parágrafo único. O processo de capacitação de que trata o *caput* deste artigo será ministrado pela Secretaria Estadual de Saúde e orientado por entidades representativas do segmento da pessoa com TEA.

Art. 103. As estratégias definidas não elidem a adoção de medidas adicionais em âmbito local ou de instrumentos jurídicos que formalizem a cooperação entre os entes federados, podendo ser complementadas por mecanismos nacionais e municipais de coordenação e colaboração recíproca.

Art. 104. Para a execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser estabelecidos convênios e parcerias com órgãos públicos e entidades de direito público ou privado, de acordo com a legislação vigente.

Art. 105. O registro da pessoa com TEA no cadastro estadual proveniente do Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será feito mediante a apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Parágrafo único. A pessoa cadastrada poderá receber, por meio de requerimento à Secretaria de Desenvolvimento Social e Família, ou da Pasta que a substitua, carteira de identificação, com prazo de validade indeterminado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 106. Os critérios e procedimentos para a realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares serão definidos pelo Poder Executivo.

TÍTULO VII

DA UTILIZAÇÃO DO SÍMBOLO UNIVERSAL DA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O AUTISMO

Art. 107. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência; III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

§ 1º Para fins do cumprimento do disposto no inciso III do *caput* deste artigo, os custos ficam a cargo da concessionária ou permissionária do serviço de transporte público.

§ 2º Para fins do disposto no inciso V do *caput* deste artigo, considera-se banheiro família a instalação sanitária: I - com dimensões maiores do que uma cabine sanitária convencional;

II - destinada ao atendimento de crianças, de idosos, de pessoas com deficiência, ou de outras pessoas que necessitam de acompanhamento de terceiros.

§ 3º O descumprimento do disposto neste artigo sujeita os infratores às seguintes

penalidades: I - advertência por escrito na primeira autuação;

II - multa no valor de 50 UPF/PR (cinquenta vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

TÍTULO VIII

DOS SELOS

CAPÍTULO I

SELO ESCOLA AMIGA DO AUTISMO

Art. 108. Institui o Selo Escola Amiga do Autismo, o qual será concedido às escolas que contribuírem para a inclusão social de pessoas com TEA.

Art. 109. O Selo Escola Amiga do Autismo será concedido pelo Poder Executivo, mediante requerimento, às escolas que contribuírem para a inclusão social de funcionários e de alunos com TEA, promovendo a sua inserção na comunidade escolar, dando suporte e apoio para o trabalho e para o estudo.

Art. 110. São objetivos do Selo Escola Amiga do Autismo:

I - a inclusão das pessoas com TEA;

II - a conscientização da família, da sociedade e do Estado sobre a importância da inclusão social da pessoa com TEA;

III - outras medidas que visem a dar suporte e visibilidade à participação e inclusão social das pessoas com TEA na vida comunitária.

Art. 111. O Estado pode estabelecer prazo de validade do Selo da Escola Amiga do Autismo, podendo ser renovado indefinidamente mediante nova avaliação e vistoria.

Parágrafo único. Na hipótese de descumprimento dos critérios que autorizam a concessão do selo antes de expirar sua validade, o Estado pode cancelá-lo sumariamente.

Art. 112. O Estado pode credenciar instituição pública ou privada para avaliar os empreendimentos que pleitearem o Selo da Escola Amiga do Autismo e fiscalizar o fiel cumprimento dos critérios que autorizam a sua concessão.

Art. 113. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Escola Amiga do Autismo.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO II

SELO EMPRESA AMIGA DO AUTISMO

Art. 114. Institui o Selo Empresa Amiga do Autismo, o qual será concedido às empresas que adotem política interna de inserção no mercado de trabalho de pessoas com TEA, ou que contribuam com ações para defesa dos direitos dessas pessoas.

Art. 115. O Selo Empresa Amiga do Autismo será concedido pelo Estado, mediante requerimento, às empresas favoráveis à inclusão das pessoas com TEA, por meio da reserva de postos de trabalho específicos, da capacitação para o exercício de funções de maior remuneração e da promoção ou patrocínio de eventos culturais dirigidos a essas pessoas.

Art. 116. Os pontos turísticos e sistemas de hotelaria que tiverem seus colaboradores devidamente treinados e capacitados para atuarem com pessoas com TEA podem requerer o Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 117. São objetivos do Selo Empresa Amiga do Autismo:

I - enaltecer e homenagear os estabelecimentos empresariais que promovam a inserção no seu quadro de empregados de pessoas com TEA;

II - difundir a importância da adaptação nas empresas para a inserção das pessoas com TEA no quadro de empregados.

Art. 118. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 119. Os estabelecimentos empresariais participantes podem utilizar o Selo Empresa Amiga do Autismo para divulgar e promover a importância da inserção de pessoas com TEA no mercado de trabalho.

§ 1º O selo pode ser utilizado para fins de identificação dos estabelecimentos empresariais, podendo constar em documentos usados, nas correspondências da empresa, na *internet* e em propagandas;

§ 2º O selo pode ser emitido também nos produtos e em embalagens dos estabelecimentos empresariais, assim como em campanhas, publicações, *sites*, material de divulgação, veículos e meios de comunicação.

3º O prazo de participação e uso publicitário do Selo Empresa Amiga do Autismo, na forma do *caput* deste artigo, será

de dois anos, podendo ser renovado por iguais períodos, sempre condicionado a outras iniciativas que venham a ser adotadas pela empresa.

Art. 120. O Selo Empresa Amiga do Autismo não pode ser utilizado para validar os processos de qualidade de produtos ou serviços dos estabelecimentos empresariais.

Art. 121. O uso do Selo Empresa Amiga do Autismo é restrito aos estabelecimentos empresariais participantes, sendo intransferível o direito de uso.

Art. 122. O usuário do Selo Empresa Amiga do Autismo receberá uma cópia digital reproduzível do selo, juntamente com manual de cores e utilização.

Art. 123. O estabelecimento empresarial detentor do Selo Empresa Amiga do Autismo não está autorizado a fazer qualquer alteração gráfica na marca.

Parágrafo único. Alterações nas dimensões do Selo Empresa Amiga do Autismo são autorizadas desde que respeitem as proporções do tamanho, não distorçam, alterem ou danifiquem a figura do selo, mantendo-o legível.

TÍTULO IX

DAS DATAS ALUSIVAS AO TEA

Art. 124. Institui as seguintes datas alusivas ao TEA:

I - Dia de Conscientização do Autismo a ser realizado anualmente em 2 de abril;

II - Semana Azul a ser realizada anualmente entre os dias 1º a 7 de abril;

III - Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee a ser realizada na semana que compreender o dia 3 de janeiro.

Parágrafo único. As datas instituídas neste artigo passam a integrar o Calendário Oficial de Eventos do Estado do Paraná.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 125. O Dia de Conscientização do Autismo e a Semana Azul têm por finalidade:

- I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;
- II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;
- III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;
- IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;
- V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;
- VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 126. Durante todo o mês de abril os prédios públicos de propriedade ou administrados pelo Estado do Paraná devem ser iluminados com a cor azul.

Parágrafo único. Para efeitos desta Lei, consideram-se como prédios públicos do Estado do

Paraná: I - a sede do Poder Executivo;

II - a sede do Poder Legislativo;

III - as sedes dos órgãos da administração pública direta, indireta e das autarquias estaduais; IV - os prédios históricos administrados pelo Estado do Paraná.

Art. 127. A Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee tem por objetivos:

I - conscientizar a população sobre o impacto do *bullying* nas pessoas com TEA;

II - promover encontros com especialistas que atuam com práticas baseadas em evidências; III - incentivar práticas clínicas e educacionais baseadas em evidências;

IV - conscientizar a população para que a pessoa com TEA seja tratada como cidadão ativo; V - apoiar as famílias das pessoas com TEA.

Art. 128. Durante a Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

com TEA – Semana Amy Lee podem ser realizadas as seguintes atividades:

I - palestras;

II - debates;

III - seminários;

IV - audiências públicas;

V - propagandas publicitárias;

VI - distribuição de folhetos e cartilhas informativos;

VII - capacitação de servidores públicos para atendimento de pessoas com TEA.

TÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 129. Veda a aplicação de multa por perturbação sonora a estabelecimentos que prestam atendimento a pessoas com deficiência intelectual ou com TEA, quando a origem da perturbação sonora se dê em razão dos sons ou ruídos de fala resultantes da forma de comunicação e expressão dos deficientes.

Art. 130. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 131. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista de apoio à pessoa com TEA não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas com TEA.

Art. 132. O Estado do Paraná pode promover cursos de capacitação e de formação para os servidores que atuam na área de segurança pública, voltados ao atendimento de ocorrências envolvendo pessoas com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Saete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 133. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 134. Revoga as seguintes Leis:

I - nº 17.555, de 30 de abril de 2013;

II - nº 19.025, de 17 de maio de 2017;

III - nº 19.590, de 10 de julho de 2018;

IV - nº 19.876, de 3 de julho de 2019;

V - nº 19.923, de 30 de agosto de 2019;

VI - nº 20.043, de 3 de dezembro de 2019;

VII - nº 20.371, de 27 de outubro de 2020;

VIII - nº 20.379, de 19 de novembro de 2020;

IX - nº 20.430, de 15 de dezembro de 2020;

X - nº 21.432, de 19 de abril de 2023.

Curitiba, de de 2023.

XXXXX

Deputado(a) Estadual

ANEXO ÚNICO

Questionário (Escala M-CHAT-R)

Responda estas perguntas sobre sua criança. Lembre-se de como sua criança se comporta habitualmente. Se você observou o comportamento algumas vezes (por exemplo, uma ou duas vezes), mas sua criança não o faz habitualmente, então responda "Não". Por favor, responda Sim ou Não para cada questão.

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado do cômodo, sua criança olha para o que você está apontando? (Por exemplo: se você apontar para um brinquedo ou um animal, sua criança olha para o brinquedo ou animal?)	() Sim () Não
2. Alguma vez você já se perguntou se sua criança poderia ser surda?	() Sim () Não
3. Sua criança brinca de faz-de-conta? (Por exemplo, finge que está bebendo em um copo vazio ou falando ao telefone, ou finge que dá comida a uma boneca ou a um bicho de pelúcia?)	() Sim () Não
4. Sua criança gosta de subir nas coisas? (Por exemplo: móveis, brinquedos de parque ou escadas)	() Sim () Não
5. Sua criança faz movimentos incomuns com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos?)	() Sim () Não
6. Sua criança aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, aponta para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance?)	() Sim () Não
7. Sua criança aponta com o dedo para lhe mostrar algo interessante? (Por exemplo, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na estrada?)	() Sim () Não
8. Sua criança interessa-se por outras crianças? (Por exemplo, sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	() Sim () Não
9. Sua criança mostra-lhe coisas, trazendo-as ou segurando-as para que você as veja – não para obter ajuda, mas apenas para compartilhar com você? (Por exemplo, mostra uma flor, um bicho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo?)	() Sim () Não

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Saete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

<p>10. Sua criança responde quando você a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia ou para o que está fazendo, quando você a chama pelo nome?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>11. Quando você sorri para sua criança, ela sorri de volta para você?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>12. Sua criança fica incomodada com os ruídos do dia a dia? (Por exemplo, sua criança grita ou chora com barulhos como o do aspirador ou de música alta?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>13. Sua criança já anda?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>14. Sua criança olha você nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>15. Sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, dá tchau, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, sua criança olha em volta para ver o que é que você está olhando?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>17. Sua criança busca que você preste atenção nela? (Por exemplo, sua criança olha para você para receber um elogio ou lhe diz “olha” ou “olha para mim”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>18. Sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “ponha o livro na cadeira” ou “traga o cobertor”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>19. Quando alguma coisa nova acontece, sua criança olha para o seu rosto para ver sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para o seu rosto?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>20. Sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser balançada ou pular nos seus joelhos?)</p>	<p>() Sim () Não</p>

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

JUSTIFICATIVA

Justificativa:

O BRASIL TEM 18,6 MILHÕES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, CERCA DE 8,9% da população, segundo IBGE dados atualizados em 07/07/2022 dentre essas deficiências estão aproximadamente 2% da população brasileira, ou seja aproximadamente 6 milhões de pessoas que estão no TEA-transtorno do espectro do Autismo. A população com deficiência tem menor acesso à educação, trabalho e renda, os maiores percentuais da população com deficiência em 2022 foram entre mulheres, pessoas autodeclaradas pretas e na região Nordeste. Essa política vai de encontro com o Tratado de Nova Yorke a Convenção da ONU, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional, que o Brasil firmou. A proposta dessa política é que a convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à

educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade e deve ser elaborado com a participação de mais da sociedade civil, governos, estadual e municipal. Com os números expressivos de autistas no Brasil, objetiva-se com a criação em caráter de urgência de uma Política Estadual que contemple o indivíduo no espectro, tanto uma política de educação especial, que o Brasil não tem, quanto as da saúde que são ineficazes até o presente momento. Assim essa Política Pública de inclusão social tem como objetivo desenvolver ações de participação social e de combate à desigualdade, exclusão ou restrição que impedem o exercício de direitos em equidade de condições para os indivíduos que estão no espectro do autismo.

Objetiva-se instituir o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA, promovendo a consolidação de onze leis estaduais atualmente vigentes, bem como de diversas proposições que tratam sobre o tema e que estão em trâmite nesta Casa.

O processo de consolidação de leis é disciplinado pelo *caput* do art. 22 da Lei Complementar nº 176, de 11 de julho de 2014, o qual prevê:

Art. 22. A consolidação consistirá na integração de todas as leis pertinentes à determinada matéria em um único diploma legal, revogando-se formalmente as leis incorporadas, sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados.

Este Código, dentre outros assuntos, reúne toda a matéria relativa às pessoas com TEA: direitos, deveres, diretrizes para formulação e implementação da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, obrigações dos privados, censo, utilização do símbolo universal sobre a conscientização sobre o autismo, instituição de selos, datas alusivas,

Por consequência, a reunião de toda legislação esparsa e dos projetos de lei que, caso aprovados, constituiriam leis autônomas sobre o autismo, tem o intuito de facilitar a pesquisa, acesso, conhecimento e, por consequência, aplicação de seus dispositivos ou busca dos direitos da pessoa com TEA perante todos os órgãos e instâncias competentes.

O presente Código possui relevância para a toda sociedade e para o Poder Público Estadual, enquanto responsável por importantes políticas públicas para a pessoa com TEA.

Desta forma, disciplinar os direitos das pessoas com TEA, bem como os deveres do Estado e da sociedade para com essas pessoas, é uma forma de garantir dignidade, inclusão social e acolhimento tanto para as pessoas com TEA quanto para as suas famílias.

DEPUTADO EVANDRO ARAUJO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA ANA JÚLIA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:44, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MABEL CANTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ FERNANDO GUERRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO THIAGO BUHRER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCIO PACHECO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BAZANA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:48, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCEL MICHELETTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:49, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALEXANDRE AMARO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:51, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:52, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARCIA HUÇULAK

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO FABIO OLIVEIRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:56, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TERCÍLIO TURINI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:19, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:21, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ANIBELLI NETO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:24, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALISSON WANDSCHEER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GOURA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:43, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MOACYR FADEL

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 12:11, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIS RAIMUNDO CORTI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:10, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

MARIA VICTORIA BORGHETTI BARROS

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:40, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BATATINHA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CLOARA PINHEIRO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 16:18, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:16, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO TITO BARICHELLO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILSON DE SOUZA

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 12:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ARILSON CHIORATO

Documento assinado eletronicamente em 25/08/2023, às 16:04, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PAULO GOMES

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 09:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:07, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADÃO LITRO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO REQUIÃO FILHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARLI PAULINO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:35, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CRISTINA SILVESTRI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:50, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA FLÁVIA FRANCISCHINI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:57, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TIAGO AMARAL

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:59, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO JACOVÓS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NELSON JUSTUS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:08, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PROFESSOR LEMOS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:09, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO SOLDADO ADRIANO JOSE

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:27, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MATHEUS VERMELHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NEY LEPREVOST

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:34, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO COBRA REPORTER

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DENIAN COUTO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GUGU BUENO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:49, conforme Ato da
Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 710 e o
código CRC 1A6D9B2B7A9B7CF

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11575/2023

Informo que esta proposição foi apresentada na **Sessão Ordinária do dia 28 de agosto de 2023** e foi autuada como **Projeto de Lei nº 710/2023**.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:30, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11575 e o código CRC 1B6D9B3C2F4F7BE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11576/2023

Informo que, revendo nossos registros em busca preliminar, constata-se que a presente proposição não possui similar nesta Casa.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:41, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11576 e
o código CRC 1A6F9C3F2F4F8DC

SUGESTÕES PARA PL TEA:

- Criar um PL proibindo que a verba pública seja destinada ao que não tem comprovação científica da sua eficácia, tanto na saúde como na educação, isso proteja o brasileiro de ser explorado por charlatões, picaretas que se aproveitam da vulnerabilidade das famílias para vender tratamentos e terapias que não tem eficácia alguma. A ciência faz os experimentos necessários, nós não precisamos submeter a população a isso. Hoje temos disponibilizado pelo SUS práticas integrativas, mesmo sendo destinada só para experimentos, elas estão no rol da ANS, não pode, é um risco, um exemplo foi a constelação familiar que mês passado foi condenada pela ONU.

-CRIAR UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO INCLUSIVO:

DICAS:

Podemos criar nosso “SISTEMA INCLUSIVO” para todas as Pessoas?

Sim, não precisamos esperar uma lei específica pra fazer o que é necessário e está ao nosso alcance, as que temos já são suficientes.

Os municípios tem autonomia pra criar suas normativas e regras na educação;

-Existem modelos que estão mudando a realidade da educação no brasil, ex: Estado do Pará, a universidade tem um modelo de PEI baseado nas melhores práticas com evidência, em Sta, Catarina tem um CMEI baseado em aba.

LINKS, TUDO GRATUÍTO QUE PODEMOS UTILIZAR SEM MEDO DE SER FELIZ:

Não vamos encontrar textos orientadores na educação Inclusiva, mas tem uma saída:

- **LBI 13.146/15- seus artigos 27 ao 30;**
- BNCC-adaptações de currículo;**
- Eca, assegura as adaptações para os alunos com dificuldade de aprendizagem;**
- **Lei 12.764/12- todos os direitos dos autistas**

-AUTISMO COMPREENÇÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

<https://drive.google.com/file/d/1eYFrTxOsrFxoTNXTmi9fCz9yY9D52vys/view?usp=sharing>

-Legislação Jurisprudência e Políticas Públicas

<https://drive.google.com/file/d/11pwq6i9tyvt79uGqfyqR8dqZ5OmdsOG4/view?usp=sharing>

-Coletânea ANEC

https://drive.google.com/file/d/11vpp-AISqnuJWIK3USt2ozE6hv6_I0Ca/view?usp=sharing

-CASP-Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o TEA

<https://drive.google.com/file/d/10cezzqWJr7-R5WyG-NiKLFR-XDf0XQlc/view?usp=sharing>

B.F. Skinner P/ M^a Martha Hubner(documentário-ABA)

Skinner e a Análise do Comportamento

https://youtu.be/0Hn9dN1_W4U

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

Paulo Liberalesso

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

Lucelmo Lacerda

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO:

Elyse Matos

Marlla Mendes



**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda

1ª edição



Curitiba - PR - 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Autores: Paulo Liberalesso
Lucelmo Lacerda

Organização: Elyse Matos
Marlla Mendes

Revisão: Maria Alice Mendes

Projeto gráfico, capa e diagramação: Marcos Venicius Valentin
Supervisão: Elyse Matos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Liberalesso, Paulo

Autismo : compreensão e práticas baseadas em evidências [livro eletrônico] / Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda. -- 1. ed. -- Curitiba : Marcos Valentin de Souza, 2020.

PDF

"Movimento Capricha na Inclusão".

Bibliografia

ISBN 978-65-00-12458-3

1. Autismo 2. Autismo - Diagnóstico 3. Autismo - Pacientes 4. Evidências I. Lacerda, Lucelmo.
II. Título.

20-49360

CDD-616.8982

NLM-WM 203

Índices para catálogo sistemático:

1. Autismo : Medicina 616.8982

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Esta obra não é vendida. Ela faz parte de um projeto educativo, sem fins lucrativos. Todos os direitos reservados.



contato: caprichanainclusao@gmail.com

PREFÁCIO

Há 60 anos: “O fato de que uma média de não mais de 8 pacientes por ano possa ser diagnosticada, com razoável certeza, com autismo (em um período de vinte anos), em um centro de referência como esse, sugere que **esse é um transtorno muito infrequente** especialmente se considerarmos que são referidos de toda a América do Norte.”

Leo Kanner, “The specificity of early infantile autism”, Acta Paedopsychiatrie, 1958.

Hoje: Prevalência de Transtornos do Espectro do Autismo = 1 para cada 54 crianças.

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. Surveillance Summaries, Março 27, 2020 / 69(4); 1-12.

“Como podes dizer que o Autismo deve ser considerado um problema prioritário de saúde pública no Brasil quando ninguém nem sabe quantos autistas existem no país?”

Relato pessoal: conversa entre o Dr. Carlos Gadia e representante do Ministério da Saúde (2012).

É um prazer e uma honra para mim poder fazer o prefácio dessa primeira cartilha do movimento **Capricha na Inclusão**. Visa proporcionar informação de qualidade e difundir as práticas baseadas em evidências no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), de modo a permitir o fomento e criação de políticas públicas a partir de dados cientificamente comprovados.

O texto é de fácil compreensão, para facilitar a sua utilização por todos aqueles interessados que não sejam, obrigatoriamente, especialistas no assunto, mas que possam desempenhar um papel importante na elaboração de políticas públicas sobre o TEA. Os autores, dois dos maiores especialistas em TEA no Brasil, utilizam-se de exemplos para facilitar o entendimento de definições, classificações e intervenções, cuja compreensão é imprescindível para uma avaliação mais criteriosa da enorme quantidade de material que tem sido publicado (livros, capítulos, artigos e media social) a respeito do TEA nas últimas décadas.

Na primeira parte da cartilha, o Dr. Paulo Liberalesso, um dos mais reconhecidos neuropediatras especialistas em TEA do país, nos fala sobre as “Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas no Transtorno do Espectro Autista”. Faz uma excelente revisão histórica do termo autismo e das diferentes classificações desse transtorno desde o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), em 1952, até chegar ao nosso presente entendimento a cerca do Transtorno do Espectro do Autismo, assim definido pelo DSM-5, em 2013. Os distintos critérios são documentados e o autor nos brinda com comentários pessoais a respeito de cada um deles, nos permitindo uma compreensão mais clara da neurofisiologia específica. Os diferentes níveis (1, 2 e 3), definidos a partir do DSM-5 (2013), também são detalhados com clareza.

A seguir, na segunda parte da cartilha, o Professor Lucelmo Lacerda (doutor e pós-doutor em Educação e Educação Especial), um dos maiores estudiosos do autismo e inclusão escolar no país e um dos criadores do **Capricha na Inclusão**, faz um breve mas muito útil comentário a respeito do que pode ser definido como evidência científica, em seus diferentes níveis. Logo após, nos oferece uma extensa e criteriosa revisão de todas as intervenções baseadas em evidência, no que diz respeito ao TEA. Utiliza, para tanto, os resultados da mais recente publicação sobre o tema: o “*Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*”, pela *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice*, em Maio de 2020. Cada uma das 28 práticas baseadas em evidências são descritas e o autor adiciona, ao final de cada item, um artigo representativo das referidas práticas, conduzindo, assim, a uma melhor compreensão dessas intervenções.

Enfim, esta Cartilha, com certeza, se tornará indispensável para todos aqueles que almejem alcançar entendimento com suporte do ponto científico a respeito do TEA, e um elemento de grande valia para as pessoas com a responsabilidade de sugerirem ou criarem políticas públicas voltadas a esse Transtorno, que é considerado como um “Problema de Saúde Pública Mundial” pela OMS.

Acreditamos ser uma enorme contribuição do **Capricha na Inclusão** para esse espaço, ainda pouco aproveitado, da interface entre ciência e políticas de saúde e educação públicas no Brasil, que tanto poderá contribuir para a comunidade de milhões de famílias de pessoas com autismo e, de uma maneira mais ampla, de pessoas com deficiências, em geral, no nosso país.

Carlos Gadia, MD

Associate Director, Dan Marino Center - Nicklaus Children’s Hospital - USA;
Clinical Assistant Professor, Department of Neurology University of Miami Miller School of Medicine;
Clinical Associate Professor of Neurology, Herbert Wertheim College of Medicine - Florida International University;
Clinical Assistant Professor of Pediatrics - Nova Southeastern University;
Diretor Médico - TISMOO Biotech Company;
Diretor Médico - Membro do Board - Instituto ICO Project - Curitiba - Brasil.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Há, aproximadamente, cinco anos eu conheci uma criança...
E eu me lembro daquele dia como se fosse ontem pela manhã...
Eu me lembro do que foi dito e do que não foi possível dizer...
Eu me lembro do rosto dos pais... eu me lembro dos gestos...
Eu me lembro daquela criança andando pelo consultório...
Uma criança linda e que não podia falar...
Ele parecia não compreender exatamente o nosso mundo...
Ele parecia preferir viver no mundo dele...
Talvez o nosso não fosse bom o suficiente...
Com o tempo, pude conhecer seu sorriso fácil e contagiante...
Pude conhecer aqueles olhos claros e seu olhar puro...
O olhar carismático que só encontramos em almas boas...
Com o tempo, as primeiras palavras foram surgindo...
Ele passou a compreender melhor o nosso mundo...
A cada dia que passava ele parecia estar mais próximo de nós...
Obrigado Joaquim... você tem sido uma inspiração para mim...
Inspiração para estudar mais, compreender mais, ajudar mais...
Por algum motivo, naquela manhã, teus pais te levaram para mim...
Sei que ainda temos um longo caminho juntos para percorrer...

Paulo Liberalesso

PALAVRA COM A PESSOA AUTISTA

Considero o início de minha trajetória como um autista ativista no momento em que defini como objetivo contribuir para a comunidade do autismo. Os desafios são muitos e, sem dúvidas, um dos maiores é compreendermos o autismo como uma condição espectro, que revela infinitas possibilidades e necessidades de apoio. Logo percebi que, para melhor compreender os problemas e pensar como contribuir, precisaria estar inserido na comunidade, entendendo as necessidades, de extremidade a extremidade, do espectro amplo do autismo.

Conhecer melhor a comunidade do autismo foi algo extremamente prazeroso e enriquecedor. Pude me aproximar de outros autistas semelhantes a mim, ao mesmo tempo em que pude notar o quanto um autista pode ser diferente de mim. Também pude conhecer inúmeras mães e pais e seus filhos que, através de suas palavras e atitudes, deram-me a oportunidade de entender melhor o que comumente é chamado de amor – mas dessa vez, sob uma perspectiva fora do senso comum: uma perspectiva atípica, de quem não tem outra opção senão lidar com todos os desafios sociais e exaustão que o autismo pode trazer.

Todas essas pessoas com autismo que conheci e ainda conhecerei têm o direito de se desenvolverem, pois trata-se de um direito humano fundamental. O sonho pela plenitude de desenvolvimento é movido pelo amor, mas pode apenas ser garantida quando combinada com eficiência – e a eficiência, conseguimos através das práticas baseadas em evidências.

William Chimura

Pessoa Autista, diagnosticado com Síndrome de Asperger (TEA), presidente da AUTINC (Autistas pela Inclusão), programador, youtuber e mestrando em Informática para Educação pelo IFRS. Conduz pesquisas que investigam como artefatos tecnológicos (aplicativos e jogos) podem contribuir para avaliação e aprendizagem de crianças com TEA.

INTRODUÇÃO

Este primeiro livro organizado pelo Movimento Nacional **Capricha na Inclusão** tem o objetivo de informar gestores públicos, políticos e professores sobre as práticas baseadas em evidências na intervenção no autismo. Embora escrito com rigor técnico, sua linguagem permite o entendimento também daqueles não afetos à temática.

Se por um lado, o indivíduo com autismo tem o direito de se beneficiar de intervenções que possam, efetivamente, resultar na melhora em sua qualidade de vida, por outro lado, é dever do poder público construir políticas públicas que visem resultados concretos, priorizando a utilização dos recursos públicos com intervenções de eficácia científica comprovada.

Assim, é com muita satisfação que damos início a nossa série de livros informativos.

Agrademos imensamente a preciosa colaboração do neuropediatra Dr. Paulo Liberalesso e do professor Dr. Lucelmo Lacerda na autoria do livro.

Agradecemos, ainda, ao neuropediatra Dr. Carlos Gadia pelo importante prefácio, e ao presidente da AUTINC “autistas pela inclusão”, William Chimura pela significativa nota de apoio.

Esperamos que nossos livros sirvam de norte ao entendimento do que é eficaz e seguro em matéria de intervenção no autismo.

Elyse Matos

Advogada, mestre em direito francês, europeu e do comércio internacional pela Sorbonne Université (Paris II), certificada em empreendedorismo e inovação pela Stanford University, fundadora do Instituto Ico Project e membro do Movimento Capricha na Inclusão.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

por Paulo Liberalesso

Fundamentos históricos

O termo “autismo” foi utilizado, pela primeira vez, em 1908 pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler para descrever pacientes com sintomas que ele julgava semelhantes àqueles observados na esquizofrenia. Bleuler nasceu em 1857, na pequena cidade de Zollikon, estudou Medicina e Psiquiatria e, em 1898, assumiu a cátedra de Psiquiatria da Universidade de Zurique, transformando-a em uma referência mundial no estudo das doenças mentais.

Neste período, nomes como Carl Gustav Jung e Eugène Minkowski trabalharam como seus assistentes, documentando seu grande prestígio à época. O livro “A psicologia da demência precoce,” publicado em 1906 por Jung, teria forte influência sobre o pensamento de Bleuler, que neste mesmo ano começaria a utilizar, em suas obras, o termo “esquizofrenias” (no plural), demonstrando sua ruptura com o clássico pensamento kraepeliniano (Emil Kraepelin), uma vez que ele acreditava que esta não se tratava de uma doença única mas, sim, de um grupo de doenças com um núcleo psicopatológico semelhante.

Em 1911, Bleuler publica sua monografia intitulada “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”, uma obra clássica na História da Psiquiatria. É justamente neste contexto que Bleuler

construiu e fundamentou seu pensamento de que o “autismo” faria parte de um grupo maior de psicopatologias, incluindo-o como “algo semelhante à esquizofrenia”^{1,2}, equívoco conceitual que posteriormente seria corrigido pelas novas descobertas da Psicologia, da Psiquiatria e da Neurologia. Bleuler estudou as neuroses, o alcoolismo, os distúrbios da sexualidade e muitos outros temas, frequentemente influenciado por Sigmund Freud. Reconhecido como um homem extremamente culto, ele conhecia poesia, literatura clássica e estudava os fenômenos da natureza. Faleceu em julho de 1939, em sua cidade natal.

Em 1943, o psiquiatra alemão Leo Kanner publica o clássico artigo “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, descrevendo 11 crianças que apresentavam uma “tendência ao isolamento e um intenso desejo pela mesmice”. Este artigo é considerado, historicamente, um dos mais importantes no estudo do transtorno do espectro autista (TEA)³. Kanner nasceu em 1896, em uma pequena cidade austro-húngara chamada Klekotow e estudou Medicina e Psiquiatria, tendo se formado na Universidade de Berlim. No mesmo ano de sua formatura, Kanner emigrou para Dakota do Sul, nos Estados Unidos, onde iniciou a carreira de médico. Considerado um grande estudioso dos distúrbios mentais, aos 34 anos fundou o Departamento de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário Johns Hopkins, em Baltimore. Kanner atuou como diretor deste Departamento até se aposentar, em 1959, mas teve uma vida profissional intensa e academicamente produtiva até sua morte por insuficiência cardíaca, em 1981, aos 87 anos⁴.

Em 1944, o pediatra austríaco Johann “Hans” Friedrich Karl Asperger publicou o artigo “A Psicopatia Autista da Infância”, descrevendo pacientes com sinais e sintomas semelhantes aos observados por Kanner, mas destacando que parte deles apresentava um interesse intenso e restrito por assuntos específicos. Embora Asperger tenha escrito mais de 300 artigos a respeito do que ele denominava “psicopatia autística”, seus textos passaram praticamente despercebidos pela comunidade acadêmica mundial, sendo seu valor reconhecido apenas postumamente. Toda sua produção científica, evidentemente redigida no idioma alemão, fica-

ria praticamente desconhecida até o início da década de 1980, quando começaria a ser traduzida para o Inglês.

Nos últimos anos, historiadores têm associado, repetidamente, Hans Asperger ao regime nazista. E, de fato, sabe-se que ele ocupava uma alta posição de comando sobre outros médicos judeus, e há dados que sugerem fortemente que ele teria atuado no envio de pelo menos duas crianças com deficiência para clínicas de pesquisa e extermínio, como a de Am Spiegelgrund, onde eram realizados experimentos com seres humanos. Suas frequentes demonstrações de lealdade ao regime nazista e cooperação com os programas de eutanásia infantil conferiram-lhe promoções na carreira médica, além de prestígio entre os membros do partido nazista^{5,6}.

Nota explicativa: Am Spiegelgrund era uma clínica localizada em Viena, que funcionou durante a Segunda Grande Guerra Mundial, como parte do Hospital Psiquiátrico Am Steinhof, onde centenas de pacientes, a maioria crianças, foram mortos nos programas de eutanásia infantil fomentados pela Alemanha nazista⁷. Nesta clínica, e em diversas outras, crianças, adolescentes e jovens com deficiências eram submetidos a abusos psicológicos, físicos e à fome extrema como parte de pesquisas médicas. Ao término dos experimentos, os que haviam sido capazes de sobreviver eram, então, assassinados com a administração de injeção letal, exposição a gases tóxicos ou inanição. Centenas de cérebros humanos foram encontrados, armazenados neste hospital para “estudos futuros”^{5,6}.

O nome Lorna Wing está marcado na História da Medicina e não poderíamos ignorar a enorme contribuição desta psiquiatra inglesa ao autismo. Mãe de uma garota com autismo, Lorna e seu marido John nada conheciam a respeito do transtorno, até o nascimento da filha Susie, em 1956. Impulsionada pela necessidade de adquirir conhecimento a respeito do tema, ela realizou ampla pesquisa científica no campo do desenvolvimento humano socioemocional e, posteriormente, no campo do autismo propriamente dito.

Juntamente com um grupo de pais de crianças portadoras do TEA, Lorna fundou, em 1962, no Reino Unido, a National Autistic

Society. É importante lembrarmos que naquele momento predominavam as ideias impulsionadas pela psicanálise, pelos trabalhos de Kanner (que citou diversas vezes a “participação dos pais emocionalmente ausentes na origem do quadro evasivo de comportamento das crianças autistas”) e pelos estudos de Bruno Bettelheim, grande responsável por difundir o terrível conceito da “mãe geladeira”, atribuindo a essas mulheres o isolamento social de seus filhos.

Bettelheim era um judeu austríaco, que durante a Segunda Guerra Mundial foi enviado ao campo de concentração de Buchenwald, onde observou, durante longos períodos, o comportamento de seres humanos submetidos a condições extremas de crueldade, abusos e inanição forçada. Infelizmente, estas observações lhe serviriam de base para a elaboração de suas teorias a respeito do autismo. Bettelheim foi acusado de citar uma falsa proximidade com Freud (com quem, na verdade, não mantinha qualquer laço de amizade), de maltratar seus pacientes autistas, criar dados científicos fictícios e fantasiar teorias sem nenhuma sustentação científica. Ele cometeu suicídio em 1990, aos 86 anos^{8,9}.

Mas, retornando à psiquiatra Lorna Wing, devemos lembrar que ela foi uma das primeiras médicas que destacou a importância da contribuição genética para a origem do autismo, tendo inclusive realizado pesquisas de campo nesse sentido, além de lhe ser atribuída a introdução do termo “síndrome de Asperger” no ano de 1976¹⁰.

Fundamentos para o diagnóstico do TEA

O “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM) é um livro editado periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria, utilizado pelos profissionais de saúde nos Estados Unidos - e na maior parte dos países do mundo - como um norteador para o diagnóstico das condições neuropsiquiátricas. No DSM, constam os critérios clínicos, sinais e sintomas necessários para o diagnóstico de cada transtorno mental, sendo um uniformizador de termos e conceitos para os profissionais de saúde ao redor do mundo. Além de sua aplicação na prática clínica diária, o DSM também é importante para que pesquisadores pos-

sam compreender, de modo preciso, os termos utilizados em pesquisas clínicas.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” (DSM-I), classificando o autismo como um subgrupo da esquizofrenia infantil. Na edição seguinte, o DSM-II (1968), o autismo permanece classificado como parte integrante das doenças psiquiátricas. Somente por ocasião do DSM-III (1980), o autismo passa a ser reconhecido como uma entidade distinta, sendo classificado entre os transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), juntamente com a síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e os transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra classificação¹¹. Em 1994, o DSM-IV passa a descrever, de forma detalhada, os critérios para os diagnósticos dos TID e inclui a síndrome de Asperger como um diagnóstico específico. O conceito de TID surgiu na literatura científica no final da década de 1960 e embasado, principalmente, nos trabalhos publicados por M. Rutter, I. Kolvin e D. Cohen, não sendo mais um termo rotineiramente utilizado^{12,13}.

A última edição do DSM-5 (2013) trouxe grandes modificações na estrutura diagnóstica do autismo, uma vez que aboliu o termo “transtorno global do desenvolvimento”, transferiu a síndrome de Rett para outro capítulo e reuniu, sob a nomenclatura de “transtorno do espectro autista,” os termos autismo, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação¹⁴.

Segundo as diretrizes do DSM-5, os critérios para o diagnóstico do TEA foram divididos em dois grandes grupos: (a) déficits persistentes na comunicação e na interação social verbal e não verbal em múltiplos contextos e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que atualmente segue, ou por história prévia¹⁴

1. Déficits na reciprocidade socioemocional - e que são variáveis - incluindo abordagem social anormal, dificuldade para esta-

belecer uma conversa coerente, compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, bem como dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

Explicação do autor: embora não saibamos exatamente como o comportamento humano se instala no encéfalo - do ponto de vista neurofisiológico durante o curso da vida - sabemos que ele não é formalmente ensinado entre os seres humanos. E provavelmente isso também não ocorra em nenhuma outra espécie animal. Sabemos, ainda, que o comportamento humano é constituído de forma dinâmica, conforme as experiências e interações entre o indivíduo e o ambiente. Deste modo, entendemos que as pessoas aprendem e incorporam novos comportamentos segundo uma capacidade teoricamente inata de imitação, seguida por reforçamento. Este fenômeno seria capaz de explicar como os seres humanos aprendem a se comportar do ponto de vista de seus relacionamentos sociais interpessoais e como desenvolvem a comunicação em todas as suas dimensões, incluindo a comunicação verbal e não verbal. Deste modo, indivíduos que sejam incapazes ou parcialmente incapazes de realizar cópias adequadas do comportamento, desenvolverão padrões atípicos de comportamento, comprometendo sua capacidade de manter relacionamentos interpessoais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social - que igualmente são variáveis - incluindo comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso de gestos, bem como ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

Explicação do autor: devemos ter cuidado quando analisamos o critério “anormalidade no contato visual” já que muitos o interpretam como “ausência de contato visual”, o que é uma forma incorreta de compreender este critério. Pessoas portadoras de TEA apresentam uma fragmentação do contato visual, ou seja, são frequentemente incapazes de mantê-lo por um período prologado de tempo e, quando solicitados a fazê-lo, relatam certo desconforto. O contato social é muito mais que um ato mecanizado de olhar

nos olhos. Na verdade, trata-se de uma ação mediadora das relações sociais interpessoais. É importante ressaltarmos que o contato visual, em sendo uma ferramenta de interação social, pode ser percebido em seres humanos muito jovens, frequentemente já nos primeiros dias de vida. A título de exemplo, durante o aleitamento materno. Outro aspecto relevante é analisar o critério “déficit na compreensão e aprendizado de gestos e utilização de expressões faciais como mecanismos que compõem a comunicação não verbal”. Como explicado anteriormente, uma vez que o comportamento humano é aprendido por fenômenos de imitação seguidos de reforçamento – tais como gestos motores de bater palmas, acenar para pessoas em forma de cumprimento ou despedida e a própria mímica facial, o que podem não ser naturalmente incorporados ao comportamento de pessoas portadoras de TEA, necessitando de ensinamento formal. A adequada interpretação da comunicação não verbal, gerada pela mímica facial (face de alegria, tristeza, raiva ou medo, por exemplo) é muito frequentemente comprometida nas pessoas com TEA, devendo esta capacidade ser ativamente investigada durante a avaliação clínica).

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, o que inclui dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, compartilhar brincadeiras imaginativas, fazer amigos e, ainda, a ausência de interesse por pares.

Explicação do autor: a correta e precisa compreensão de contextos sociais complexos depende de uma capacidade que o cérebro humano tem – teoricamente inata - de selecionar estímulos relevantes para compreensão do todo. No final da década de 1980, a doutora Uta Frith, uma psicóloga do desenvolvimento, sugeriu que não seria possível explicar determinados aspectos observados em pessoas com autismo, apoiando-se exclusivamente na “teoria da mente”, tais como a incrível perseverança nos detalhes em detrimento da análise do todo, a persistência nas rotinas e parte dos comportamentos aparentemente obsessivos. Desse modo, Frith desenvolveu a “teoria da coerência central”, segundo a qual uma pessoa de desenvolvimento típico deveria ser capaz de, ao anali-

sar uma situação complexa, com múltiplas variáveis de estímulo, selecionar aquelas que lhe permitissem compreender o todo e, temporariamente, negligenciar as variáveis não significantes. Pessoas com autismo, frequentemente, falham ao realizar testes que dependam desta seleção adequada de variáveis significativas (ou seja, que dependam da eficácia da coerência central). Por exemplo: se apresentarmos a uma criança um carrinho de brinquedo e ela for incapaz de analisar o objeto como um todo, fixando-se exclusivamente em uma de suas rodas, esta criança não será capaz de compreender como aquele objeto deve ser utilizado no contexto de uma brincadeira em que se fantasia um carro participando de uma corrida. Ou seja, a não compreensão da função de um objeto impede sua utilização funcional, dificultando o aprendizado de uma série de atividades de vida diária como o uso de talheres, a utilização correta do vaso sanitário, como tomar banho ou, até mesmo, como utilizar um lápis na escola.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia¹⁴

1. Movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotípias motoras simples, entre elas: alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

Explicação do autor: estereotípias são definidas como movimentos repetitivos e rítmicos, sem uma função socialmente clara. Quando as pessoas no TEA são questionadas a respeito da função das estereotípias, elas nos explicam que estes movimentos geram alguma sensação de bem-estar ou equilíbrio (organização) em seu comportamento. Embora a neurociência não compreenda precisamente como as estereotípias se estruturam no cérebro humano, sabemos que alterações em circuitos dopaminérgicos em núcleos da base e cerebelo fazem parte da fisiopatologia. As estereotípias mais frequentemente observadas são balanços das mãos ao lado do corpo ou da cabeça, bater palmas e movimentos cíclicos do tronco para frente e para trás. E estereotípias dinâmicas, envolvendo movimentos mais amplos - como andar ou correr de forma

repetitiva - também são relativamente frequentes. Já as ecolalias correspondem a um uso não funcional da fala, na qual o indivíduo repete a fala de terceiros, sendo classificadas como (a) imediata (a repetição da fala ocorre imediatamente ou com pequeno intervalo após a emissão do falante), (b) tardia (a repetição ocorre com grande intervalo após a emissão do falante), (c) disfuncional (não há absolutamente nenhum caráter comunicativo ou funcional) e (d) funcional (há caráter comunicativo, mesmo que de pouca qualidade). Com o progresso das intervenções terapêuticas e desenvolvimento de estratégias comunicativas (principalmente vocais) a ecolalia tende a reduzir em frequência.

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (como sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

Explicação do autor: a inflexibilidade comportamental e o apego rígido às rotinas podem trazer prejuízos significativos e socialmente relevantes a estas pessoas, reduzindo suas oportunidades de convívio social. Parte do que compreendemos por seletividade alimentar também pode ser explicado por uma rigidez no comportamento natural de experimentar novos alimentos. Crianças com seletividade alimentar geralmente apresentam tanto inflexibilidade, quanto alterações de percepção sensorial.

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego a objetos incomuns ou preocupação com eles, bem como interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).

Explicação do autor: o hiperfoco é uma característica muito frequente em pessoas com autismo e, ao contrário do que se possa imaginar, na maioria das vezes ele traz prejuízos significativos ao aprendizado global, já que o indivíduo passa a negligenciar outros conteúdos em detrimento do aprendizado de um único tema. Outro aspecto é o fato de que, frequentemente, o tema focado não apresenta relevância. Exemplo: uma criança que reconhece as

bandeiras de todos os países do mundo ou que (por seu foco em letras e numerais) aprendeu a ler aos 3 anos de idade. Do ponto de vista da funcionalidade, estas habilidades não agregam conhecimento socialmente relevante naquele momento e, portanto, têm pequena ou nenhuma utilidade prática. Em casos muito específicos, pessoas com autismo podem utilizar o hiperfoco de forma produtiva e, nestes casos específicos, nenhuma intervenção terapêutica deve ser dirigida a este sintoma.

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (como indiferença aparente à dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimentos).

Explicação do autor: possivelmente, as alterações dos sistemas sensoriais sejam as menos compreendidas no TEA até os dias de hoje. Na verdade, uma grande parcela das pessoas com autismo apresenta alterações nas percepções sensoriais visuais, auditivas, táteis, gustativas, olfativas, cinestésicas e vestibulares. Estas alterações podem explicar parte dos comportamentos de seletividade alimentar extrema, bem como as alterações comportamentais frente a estímulos auditivos e visuais que, habitualmente, não trariam desconforto a pessoas de desenvolvimento típico. Embora a neurociência ainda não tenha sido capaz de explicar com detalhes as alterações sensoriais no cérebro das pessoas no TEA, sabemos que circuitos talâmicos de integração sensorial, circuitos cerebelares e do córtex parietal e pré-frontal são envolvidos na fisiopatologia da hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.

Para que o diagnóstico do TEA seja firmado, é fundamental que os sinais e sintomas anteriormente descritos estejam presentes de forma precoce no desenvolvimento da criança (uma vez que o autismo é classificado como uma alteração do neurodesenvolvimento). Contudo, parte destes sinais e sintomas pode não ser totalmente aparente em idades precoces da criança, já que as demandas sociais, provavelmente, são ainda incipientes. Outro aspecto a ser considerado é que pessoas no TEA conseguem aprender estratégias durante sua vida, o que pode mascarar estes sinais

- um fato que precisa ser levado em consideração.

O último aspecto a ser considerado, para o diagnóstico do TEA, refere-se às manifestações clínicas, as quais devem, necessariamente, causar prejuízo funcional social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, não podendo todos os prejuízos ser decorrentes do transtorno do desenvolvimento intelectual ou de atraso global do desenvolvimento. Embora haja, entre a população leiga, um “senso comum” de que autistas são pessoas com capacidades cognitivas e intelectuais muito acima da média e algumas vezes sendo retratados como verdadeiros gênios na mídia, é sempre importante frisar que apenas uma pequena parte das crianças com TEA apresenta uma habilidade prodigiosa ou mesmo uma capacidade extraordinária específica. Portanto, essa crença não pode ser generalizada. Estudos demonstram que um número considerável destas pessoas apresenta comorbidades, com transtorno do desenvolvimento intelectual. E, por isso mesmo, dificuldade em diversas áreas do desenvolvimento, o que compromete sua autonomia e rendimento pedagógico.

Classificação dos níveis de gravidade

A história da Medicina é marcada por uma quase obsessão em classificar a intensidade e a gravidade das doenças e demais condições humanas. Embora no TEA esta classificação traga pouca ou nenhuma importância quando pensamos nas estratégias de intervenção, ela é importante para questões legais ou no estabelecimento do prognóstico.

O TEA é, muitas vezes, uma condição altamente incapacitante, caracterizada por prejuízo clinicamente significativo nos domínios da comunicação e do comportamento, apresentando aproximação social anormal, pouco interesse por pares e prejuízos na conversação. Para classificar a gravidade do TEA, a Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) utiliza o nível de dependência provocado pelo autismo no indivíduo¹⁴.

Nível 1 (leve) - Pessoas no TEA com necessidade de pouco apoio.

Estão classificados no nível 1 pessoas que necessitam de apoio

ocasional e que os déficits na comunicação social provocam pouca repercussão em suas relações interpessoais. Estes indivíduos, habitualmente, têm dificuldade para iniciar interações sociais ou mantê-las com boa qualidade. É menor interesse em interações sociais rotineiras. As tentativas de fazer novas amizades costumam ser malsucedidas. As dificuldades provocadas pela inflexibilidade cognitiva podem ser evidentes nestas pessoas, além de problemas relacionados à organização e ao planejamento.

Nível 2 (moderado) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio substancial.

Estão classificados no nível 2 pessoas que apresentam déficit severos nas suas habilidades de comunicação social (verbal e não verbal). Nestes casos, mesmo com o uso de apoio ou suporte, tais deficiências são claras e significativas, comprometendo substancialmente as relações interpessoais. A busca por novas amizades é consistentemente comprometida e, quando ocorre, sem sucesso pela falta de estratégias comportamentais. A fala expressiva é simplificada e a compreensão da fala de terceiros, muitas vezes, comprometida. Falar de assuntos restritos e de pouco interesse social é frequente e a comunicação não verbal é significativamente inadequada e insuficiente para a manutenção de relações interpessoais. A inflexibilidade cognitiva é perceptível aos observadores e intensa a ponto de comprometer as relações.

Nível 3 (severo) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio muito substancial.

Estão classificados no nível 3 pessoas com comprometimento muito grave na comunicação social verbal e não verbal e cujo comprometimento traz intenso prejuízo ou, até mesmo, impossibilita a ocorrência e a manutenção de interações sociais interpessoais. A busca ou iniciação de um contato social é rara, extremamente limitada ou nem ocorre, bem como as respostas às iniciativas de comunicação de terceiros são severamente limitadas ou inexistentes. Trata-se de pessoas com significativa limitação da fala expressiva e da fala de compreensão, nas quais a inflexibilidade do comportamento gera extrema dificuldade ou incapacidade de lidar com as pequenas alterações das rotinas diárias.

Os comportamentos restritos e repetitivos reduzem suas possibilidades e oportunidades de iniciar e manter relacionamentos interpessoais de modo sustentado ou duradouro.

Referências Bibliográficas

1. E. Bleuler (1911). Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós.
2. Cf. J. Garrabe. Histoire de la schizophrénie. Paris: Seghers, 1992.
3. Kanner L (1943). "Autistic disturbances of affective contact". *The Nervous Child*. 2: 217–50.
4. Kanner L. "The Paediatric–Psychiatric Alliance". *Canadian Medical Association Journal* 1938; 38 (1): 71-4.
5. Baron-Cohen S. "The truth about Hans Asperger's Nazi collusion". *Nature* 2018, 557 (7705): 305-6.
6. Kaelber, Lutz. "Jewish Children with Disabilities and Nazi "Euthanasia" Crimes". *The Bulletin of the Carolyn and Leonard Miller Center for Holocaust Studies* 2013, 17: 16-23.
7. Czech H. "Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna". *Molecular Autism* 2018; 9: 29.
8. Fisher, David James: Bettelheim: Living and Dying, *Contemporary Psychoanalytic Studies*, Amsterdam, New York: Brill/Rodopi, 2008.
9. Pollak, Richard: *The Creation of Dr. B: A Biography of Bruno Bettelheim*, Simon & Schuster, New York, 1997.
10. Wing L, Gould J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1979, 9: 11-29.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
12. MT, Van der Gaag RJ, Schwartzman JS. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 28 (S1): 12-20.
13. Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - DSM-IV*. São Paulo: Manole, 1994.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

por Lucelmo Lacerda

Na década de 1980, surgiu um movimento chamado de Medicina Baseada em Evidências, cujo objetivo era o de fazer com que os médicos utilizassem sempre a melhor informação científica para o tratamento de seus pacientes, ao invés de ficarem por toda a vida ligados a práticas antigas, do tempo de sua formação ou, pior ainda, aderissem a tratamentos exóticos e sem comprovação científica, colocando a vida dos pacientes em risco.

Este movimento foi extremamente bem-sucedido e fez a Medicina avançar rapidamente nas últimas décadas, em um ritmo jamais visto. Além da conscientização dos médicos, houve mudança nas grades curriculares das Universidades e, em alguns países, na legislação vigente, vinculando o exercício da Medicina às práticas baseadas em evidências. E um dos fatos mais relevantes foi o desenvolvimento de um campo de estudo para organizar estas evidências em um esquema que permitisse hierarquizá-las.

Isto está relacionado a um conceito importante, que é o de *validade externa*. Digamos que eu faça uma pesquisa com 3 pessoas que tenham pedra nos rins e eu lhes dê um composto que elimine completamente a dor. Seria o suficiente para eu dizer que este composto funciona para todas as pessoas? Não, com certeza. Mas e se fossem 10, 20, 30, enfim, quantas pessoas seriam necessárias?

Este é um desafio metodológico e estatístico. Quando a pesquisa utiliza desenhos de pesquisas fortes, com grande número de pessoas (o grande, aqui, é bem específico, calculado a partir da população pesquisada) e replicações independentes, aí alcançamos a validade externa suficiente para dizer que este procedimento vale para uma grande proporção da população. É neste momento que afirmamos que algo tem evidência. Portanto, é um processo extremamente rigoroso e podemos ter certeza de que quando dizemos que algo tem evidência, nós o dizemos porque foram pesados os prós e contras desse medicamento, dessa suplementação ou dessa intervenção. E há uma clara vantagem em se utilizar deste apoio (a depender, naturalmente, de cada indivíduo).

A primeira questão, portanto, seria pensar um critério, ou seja, o que seria necessário para um conhecimento ser considerado “evidente”? Que características as pesquisas precisariam ter para produzir “evidências? São 3 os critérios distintivos:

a) Relevância – certo conhecimento precisa realmente ser relevante em alguma situação aplicada, ser contra ou a favor de certa aplicação – pode-se produzir, por exemplo, uma pesquisa que indica que determinado tratamento, para autismo, não funciona ou, ainda, que faz mal (contra) ou que diminui comportamento agressivo (a favor);

b) Suficiência – é preciso corroborar outras pesquisas de mesmo tipo, somando comprovações – há critérios estatísticos de amostragem e confiabilidade numérica;

c) Veracidade – garantias de que o processo de coleta de dados não foi contaminado por distorções (há métodos para isso) e livre também de conflitos de interesses (THOMAS, 2007);

Selecionando estes três critérios e correlacionando-os com os desenhos de pesquisa existentes, foi elaborada uma forma de dispor esses conhecimentos de forma hierárquica. Existem algumas formas ligeiramente diferentes de pensar, às quais chamamos de “pirâmide da evidência”, que vai desde o nível mais baixo até o mais confiável, mas as diferenças são pequenas, havendo razoável consenso neste campo. Em se tratando de uma pirâmide, apresentamos do nível mais alto para o mais baixo:

- 1º Revisão Sistemática e Metanálise
- 2º Ensaio Randomizado
- 3º Ensaio não randomizados com grupo controle
- 4º Estudos observacionais
- 5º Estudos não experimentais
- 6º Opinião de especialista (HARBOUR & MILLER, 2010)

Se esta é a pirâmide, o que consideramos que seja uma intervenção com evidência é aquela que apareceu com esta classificação em uma Metanálise, Revisões Sistemáticas e Ensaio Clínico Randomizado com certas características, estes são os estudos que estão no nível mais alto de evidência.

As Metanálises são estudos de Revisão Sistemática de um tipo específico, que busca agregar resultados de estudos comparáveis e que “combina os efeitos dos tratamentos nos estudos individuais em um efeito de tratamento ‘de conjunto’ para todos os estudos combinados e/ou para subgrupos específicos de estudos ou pacientes, e faz inferências estatísticas (MORTON, 1999 *apud* DAVIES, 2007, p. 34).

Já a Revisão Sistemática, segundo Sampaio e Mancini (2007, p. 2):

[...] é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras¹.

Quando ao Ensaio Clínico Randomizado, ele pode ser assim definido:

[...] um estudo prospectivo que compara o efeito e valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) com controles em seres humanos, no qual o investigador distribui o fator de intervenção a ser analisado de forma aleatória através da técnica da randomização; dessa forma, os grupos experimentais e de controle são formados por um processo aleatório de decisão. Pode se referir a fármacos, técnicas ou procedimentos^{1,2}. O termo eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados. Efetividade refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano².

Esta forma de fazer medicina foi tão bem sucedida, com um avanço tão rápido da prática médica em tão pouco tempo, que sua lógica passou a ser adotada por outros campos de intervenção na vida humana, sendo aproveitada, por exemplo, na Psicologia (LEONARDI, 2016) no Serviço Social (SMITH, 2004), Educação (THOMAS & PRING, 2007), Terapia Ocupacional (LAW, BAUM & DUNN, 2005) entre outras áreas de intervenção.

O autismo, evidentemente, não poderia ficar de fora, sobretudo quando levamos em consideração que há uma janela de oportunidades até os 3 anos e que não se repete em nenhuma outra fase da vida. Não é possível “ficar tentando” para “ver o que dá certo”. É preciso, isto sim, apoiar-se no que temos certeza e investir ao máximo nas certezas.

Os EUA aprovaram duas leis fundamentais: *No Child Left Behind*, 2002 e depois o *Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, 2004. Ambas reafirmam um elemento essencial, ou seja, só é permitido usar dinheiro federal, no país, se houver evidências de que ele está sendo bem usado, que a intervenção financiada possui evidências de eficácia. Esta legislação lançou os

holofotes sobre as metanálises para os tratamentos do autismo, que passaram a ter o poder vinculativo de “liberação” de verbas do governo estadunidense.

Foram muitas as Revisões Sistemáticas - com ou sem Metanálise - produzidas no mundo a respeito do autismo. Não falaremos de todas elas, mesmo porque seus resultados são semelhantes, com ligeiras diferenças na forma de abordar as intervenções. Concentrar-nos-emos em somente duas iniciativas: a maior de todas, mais completa, que aborda os tratamentos com evidência, os sem evidência. E aquelas cujas evidências sugerem inclusive que podem ser prejudiciais - o *National Standard Project* - que descreve qual é a melhor intervenção global em autismo. E descreveremos melhor a Revisão Sistemática do *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team* - NCAEP, denominado *Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism*, que foi publicada em 2020 e tem uma revisão traduzida em português³.

Sugiro, veementemente, que NÃO confiem neste autor. Veja bem: ele tem todo o interesse em dizer que uma coisa é melhor do que outra para vender mais. Conheço esse tipo e com certeza não é de confiança.

Eu sei que parece confuso, mas eu sugiro que se mantenham em estado de alerta, desconfiando, posto que todos têm seus interesses. Ao mesmo tempo, eu sei que você está se perguntando “Mas se não posso confiar em ninguém, como vou saber o que é melhor para meu filho/cliente/aluno com autismo?” Pois a resposta é simples: leia você mesmo as evidências científicas disponíveis. Vamos lhe apresentar, brevemente as informações disponíveis nos estudos citados. E o melhor caminho, para você, é acessar os estudos originais, conferir o que dissemos e ampliar os seus conhecimentos.

O National Standard Project

O *National Standard Project* é um projeto do *National Autism Center* - NAC, nos Estados Unidos. Este órgão é parte do *May Institute* e seu objetivo é realizar pesquisa aplicada para o TEA e compartilhar informações com a população, sobretudo pais, professores e terapeutas sobre estes tratamentos. A perspectiva do

NAC é o da utilização de práticas baseadas em evidências para o tratamento do TEA.

Foi publicada uma primeira fase deste projeto no ano de 2009 com as evidências disponíveis até aquele momento. E uma segunda fase no ano de 2015⁴, incorporando os estudos analisados na primeira fase e novos estudos publicados entre um período e outro, constituindo, portanto, uma base não só enorme, mas absolutamente atual.

Este projeto se propôs a alguns objetivos:

- Apresentar a força da evidência que apoia tratamentos educacionais e comportamentais centrados nas características principais desses distúrbios neurológicos [o TEA];
- Descrever a idade, o diagnóstico e as habilidades/comportamentos visando à melhoria, associada às opções de tratamento;
- Identificar as limitações do corpo atual de pesquisa sobre o tratamento do autismo;
- Oferecer recomendações para se envolver em práticas baseadas em evidências para o TEA⁵.

O NSP de 2015 descreveu 14 práticas com evidência para autismo, elas são, em sua maioria, práticas focais, isto é, que têm por objetivo atuar em uma questão específica, mas também trouxe uma prática global, e é esta que iremos apresentar agora:

Intervenção Intensiva e Precoce

Trata-se de um modelo de intervenção que é considerado o tratamento prioritário para o Transtorno do Espectro Autista e deve ter algumas características fundamentais:

1. Ser precoce – a lógica da precocidade é simples, quanto antes começar a intervenção, tanto melhor⁶, mas o encaminhamento à intervenção depende do diagnóstico, como se dá nas pesquisas, ou na sinalização de risco para autismo, que não é feita logo após o nascimento, mas com o aparecimento de sinais do Transtorno do Espectro Autista. De toda sorte, o período de cobertura da pesquisa vai entre 0 e 9 anos de idade;

2. Ser intensiva – a lógica da intensidade é similar, podendo ser

explicitada pela assertiva “quanto mais intensiva, melhor”⁷, em que a intervenção é feita entre 25h e 40h semanais, com mais o treinamento de pais;

3. Ser íntegra - a intervenção precisa implementar, de forma íntegra, a intervenção e de maneira tão rigorosa quanto apresentada nas pesquisas, de modo que a implementação da intervenção, ainda que intensiva e precoce, torne-se eclética e não perca a efetividade⁸.

4. Ser distendida no tempo - infelizmente, a intervenção não é realizada em pouco tempo, mas a cobertura das pesquisas é de 2 a 3 anos de intervenção intensiva e precoce, sendo que grande parte das crianças necessita da intervenção para toda a vida.

Esta intervenção é fruto de avaliação e planejamento de um Analista do Comportamento, que mantém o caso sob supervisão minuciosa e implementada por um Acompanhante Terapêutico ou Mediador Escolar. Na avaliação, são descritas as habilidades em déficit no repertório do indivíduo, isto é, tudo o que ele deveria fazer por sua idade ou pelo contexto em que vive e não o faz ainda, como falar, imitar, parear, entre outros. E tudo o que está em excesso, ou seja, gritar, chorar, machucar-se. Isso normalmente é feito por meio de protocolos de avaliação comportamental, tais como ABLLS-R, VB-MAPP, PEAK, entre outros. Após a avaliação, são escritos programas comportamentais para cada habilidade em déficit possível de ser ensinada naquele momento. E conforme a criança aprende, novos comportamentos alvo são estabelecidos e novos programas escritos.

O conjunto de dados disponíveis sobre este processo de intervenção demonstrou enormes ganhos nos campos da inteligência, da linguagem, das habilidades sociais e do comportamento adaptativo. E boa parte das crianças, a depender de sua genética pessoal, perde todos os prejuízos do Transtorno do Espectro Autista⁹.

Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism, do NCAEP

Além das intervenções globais, há as intervenções focais, isto é,

que se dedicam especificamente a um comportamento que deve ser diminuído, alterado ou aumentado. Essas intervenções focais são, portanto, projetadas para abordar uma única habilidade ou objetivo de um aluno com autismo¹⁰.

Nesta linha, o *National Professional Development Center* - NPDC realizou uma Revisão Sistemática, publicada como artigo científico em 2015¹¹, com financiamento de atualização e que migrou, posteriormente, para o *Clearinghouse*, dando continuidade ao trabalho e produzindo a publicação de 2020 sobre a qual agora nos debruçamos e que trouxe novas práticas com evidência em relação à pesquisa de 2015, além de um reagrupamento de intervenções.

Foram descritas, neste contexto, 28 práticas baseadas focais baseadas em evidências:

1. Intervenções baseadas no antecedente (ABI)¹²

Definição: as intervenções baseadas em antecedentes (ABI) incluem uma variedade de modificações que são feitas no ambiente/contexto em uma tentativa de alterar ou moldar o comportamento de um aluno. As ABIs são tipicamente implementadas após a realização de uma avaliação funcional do comportamento, que pode auxiliar na identificação da função de um comportamento interferente, bem como das condições ambientais que podem ter se ligado a um comportamento ao longo do tempo. Uma vez identificados fatores no ambiente que podem estar reforçando o comportamento interferente, as ABIs são implementadas para modificar o ambiente ou a atividade, de modo que o fator não provoque mais o comportamento interferente. Além de direcionar comportamentos desafiadores, a ABI também pode ser usada para aumentar a ocorrência dos comportamentos ou habilidades desejados. Os procedimentos comuns da ABI incluem:

- 1) modificar atividades, materiais ou cronogramas educacionais, 2) incorporar a escolha do aluno nas atividades/materiais do aluno, 3) preparar os alunos antecipadamente para as próximas atividades, 4) variar o formato, o nível de dificuldade ou a ordem de instruções durante as atividades educacionais, 5) enriquecer o ambiente para fornecer pistas adicionais ou acesso a ma-

teriais adicionais; e 6) modificar os horários de entrega e estímulo e reforço. As estratégias da ABI geralmente são usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como Treino de Comunicação Funcional, extinção e reforço.

Um exemplo de estudo com este procedimento foi o *“Use of an Antecedent Intervention to Decrease Vocal Stereotypy of a Student With Autism in the General Education Classroom”*¹³. Neste estudo, uma criança (que emitia muita estereotipia vocal, de modo a atrapalhar seu desempenho como estudante), foi ensinada (diante de um cartão verde) a emitir livremente a estereotipia, ou seja, o cartão verde sinalizava uma condição em que não havia prejuízo. Mas havia o cartão vermelho – que sinalizava prejuízo, por exemplo, na hora em que estava acontecendo a explicação da matéria. Durante o período do ensino, se ele não respeitasse o cartão vermelho, este lhe era colocado 15 centímetros à frente do rosto para que ele prestasse atenção ao sinal. E assim ele aprendeu a não emitir estereotipias vocais, comportando-se de acordo com o contexto no qual estava inserido.

2. Comunicação Alternativa e Aumentativa

Definição: as intervenções de Comunicação Alternativa e Aumentativa (AAC) usam e/ou ensinam o uso de um sistema de comunicação que não seja vocal, incluindo sistemas de comunicação assistida e não assistida. Os sistemas de comunicação não assistidos não usam nenhum material ou tecnologia (por exemplo, linguagem gestual e gestos). Os sistemas de comunicação assistidos incluem sistemas de baixa tecnologia (por exemplo, troca de objetos/imagens ou apontamento para letras) e se estendem a dispositivos de geração de fala de alta tecnologia e aplicativos que permitem que outros dispositivos (ou seja, telefones, *tablets*) sirvam de Aparelhos Geradores de Voz - *Speech Generating Devices* - SGDs. Os métodos de ensino do uso de AAC também estão incluídos nesta categoria (por exemplo, *Aided Language Modeling*), que pode incluir outras EBPs, como estímulo, reforço, suporte visual e intervenções mediadas por pares.

Um exemplo do procedimento está no *“The Effects of PECS Teaching to Phase III on the Communicative Interactions between*

Children with Autism and their Teachers”¹⁴ em que as crianças usam o modelo do Picture Exchange Communication System – PECS, se comunicando por meio de trocas de figura, que podem ser únicas ou formando encadeamentos, até frases. Na pesquisa apontada, houve a disposição de Grupo Experimental, usando PECS e Grupo Controle, sem esta intervenção. As crianças que utilizaram a Comunicação Alternativa passaram a responder mais às interações iniciadas pelos adultos e também passaram a iniciar interações com os adultos com muito maior probabilidade, configurando um exemplo claro de efeito positivo sobre a comunicação destas crianças.

3. Intervenção Momentum Comportamental

Definição: a Intervenção Momentum Comportamental (BMI) é uma estratégia na qual a apresentação da tarefa é modificada para que aqueles que requerem respostas menos trabalhosas (ou seja, sequências de respostas de alta probabilidade) ocorram antes daqueles que exigem respostas mais difíceis (ou seja, sequências de respostas de baixa probabilidade). Isso é feito para que os alunos recebam reforço mais cedo e tenham maior probabilidade de permanecer engajados e persistir com as tarefas ou solicitações mais desafiadoras que se seguem. O BMI pode ser usado nos domínios acadêmico, social, de comunicação e comportamental. Além do reforço, as estratégias de IMC são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como intervenções baseadas em antecedentes e dicas.

Um exemplo de procedimento está em *“Effects of high-probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders”*¹⁵ em que são apresentados a pessoas com autismo atividades que eles têm alta probabilidade de responder positivamente, que já aprenderam, estão acostumados e gostam de fazer e na sequência desses, atividades de baixa probabilidade de resposta, isto é, mais difíceis, que não aprenderam ainda. As respostas foram extremamente positivas, aumentando de maneira significativa a probabilidade de eles responderem nestas situações e também aumentando a probabilidade de se engajarem depois em situações semelhantes, isto é, novas, mesmo

com pessoas que não usaram este mesmo procedimento com elas.

4. Cognitivo Comportamental/ Estratégias de Instrução

Definição: a Intervenção Cognitivo-Comportamental/Estratégias de instrução baseiam-se na crença de que o aprendizado e o comportamento são mediados por processos cognitivos. Os alunos são ensinados a examinar seus próprios pensamentos e emoções e depois usar estratégias passo a passo para mudar seu pensamento, comportamento e autoconsciência. Essas intervenções podem ser usadas com alunos que apresentam comportamentos problemáticos relacionados a emoções ou sentimentos específicos, como raiva ou ansiedade (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental). Essas intervenções também podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades sociais e acadêmicas através de instruções explícitas sobre estratégias de aprendizagem. As intervenções do CBIS são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo modelação, suporte visual, estímulos, reforço, narrativas sociais, instruções e intervenções baseadas em pares e intervenções implementadas pelos pais.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado no estudo "*Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder*"¹⁶, em que foram feitos grupos de intervenção cognitivo-comportamental nos quais as crianças e adolescentes com TEA cumpriram o programa "*Exploring Feelings*" ao mesmo tempo que seus pais, em outro grupo. Neste programa, os atendidos falam sobre como reconhecem suas emoções e aprendem, com a própria descrição e dos amigos, a ter maior capacidade de automonitoramento e auto-regulação, reduzindo especialmente a ansiedade. Nesta mesma categoria, para além da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, como a descrita, também está a instrução direta para o estabelecimento de regras, sobretudo acadêmicas. A prática é aplicável ao autismo leve.

5. Reforçamento Diferencial de Alternativo, Incompatível ou Outros Comportamentos

Definição: o Reforço Diferencial de Comportamento Alternati-

vo, Incompatível ou Outro (DRA / I / O) é um processo sistemático que aumenta o comportamento desejável ou a ausência de um comportamento indesejável, fornecendo consequências reforçadoras para a demonstração/não demonstração desse comportamento. Comportamentos indesejáveis são aqueles que interferem no desenvolvimento, nos relacionamentos e na saúde do atendido (por exemplo, desengajamento, birras, agressão, autolesão). O atendido recebe essa consequência quando: a) o atendido está se engajando em um comportamento desejado específico que não seja o comportamento indesejável (DRA); b) o atendido emite um comportamento fisicamente impossível de executar enquanto exhibe o comportamento indesejável (DRI), ou c) o atendido não está envolvido no comportamento indesejável (DRO). O reforço diferencial é frequentemente usado com outras práticas baseadas em evidências, como a utilização de dicas para favorecer a emissão desses comportamentos mais desejáveis ou incompatíveis com o comportamento interferente.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado em *“Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach”*¹⁷, em que um menino com autismo apresentava um comportamento disruptivo em sala de aula. Este comportamento tinha mais de uma função - o que só é verificado em uma Análise Funcional. Mas para dar um exemplo específico aqui, ele se arranhava como função sensorial. Então, foi-lhe entregue uma bola - que ele poderia apertar durante a aula, ou seja, uma alternativa sensorial que diminuiu a necessidade de se arranhá-lo.

6. Instrução Direta

Definição: a Instrução Direta (DI) na abordagem sistemática do ensino e um pacote instrucional sequenciado que utiliza protocolos ou aulas com script, direcionado ao aluno, e emprega correções sistemáticas e explícitas de erros para promover o domínio e a generalização. A instrução direta é geralmente fornecida a pequenos grupos de alunos e inclui ritmo acelerado, respostas dos alunos, sinais explícitos, procedimentos de correção para respostas incorretas ou não, e modelagem de respostas corretas. A instrução é sequenciada para que os alunos sejam obrigados a domi-

nar os níveis em uma ordem pré-especificada antes de passar para o próximo nível¹⁸.

As intervenções de DI podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades de alfabetização e matemática e são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo estímulo, reforço, modelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism spectrum disorder to answer “Wh-” questions”*¹⁹ em que foi ensinado aos alunos a responder às perguntas “quem”, “o que” e “onde”. Neste experimento, começava-se com uma pergunta e só depois que ela estivesse bem aprendida se passava para a outra. O Professor formou pequenos grupos e apresentou o livro com a pequena história e (a) forneceu uma sugestão verbal, (b) fez uma referência à figura, (c) fez uma pergunta relacionada à habilidade alvo e (d) emitiu um sinal manual para indicar respostas. Os estudantes respondiam em coro. Se algum deles errasse, era feito um procedimento de correção do erro com dicas mais intrusivas, que eram depois retiradas. E passou-se para a segunda fase (para a qual iria direto se ninguém errasse), que era a apresentação individual, com cada estudante, deste mesmo processo, com uma nova pequena história.

7. Ensino por Tentativas Discretas (DTT)

Definição: O Ensino por Tentativas Discretas (DTT) é uma abordagem instrucional individual (geralmente) usada para ensinar habilidades de maneira planejada, controlada e sistemática. A DTT é caracterizada por tentativas repetidas ou agrupadas que têm começo e fim definidos. Na DTT, o uso de antecedentes e consequências é cuidadosamente planejado e implementado. O teste instrucional começa quando o praticante apresenta uma direção ou estímulo claro, o que provoca um comportamento-alvo. Elogios e/ou recompensas tangíveis são usados para reforçar as habilidades ou comportamentos desejados. Os dados geralmente são coletados em todas as avaliações. Outras práticas usadas na

DTT incluem análise de tarefas, solicitação, atraso de tempo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”²⁰, em que se faz um levantamento dos processos de ensino dos operantes verbais e de seus pré-requisitos, como a imitação, a partir do Ensino por Tentativas Discretas, que consiste em: a) preparar o ambiente; b) conseguir a atenção do aprendiz; c) apresentar o estímulo discriminativo (a instrução ou modelo, por exemplo); d) ajudar se o aprendiz não realizar; e) reforçar se o aprendiz acertar ou fazer um procedimento de correção se o aprendiz errar; f) dar uma pausa e recomeçar (pode haver outros passos a depender do ensino).

8. Exercício e Movimento (EXM)

Definição: intervenções via Exercício e Movimento (EXM) incorporam o uso de esforço físico e/ou movimentos corpo/mente (*mindful*) objetivando uma variedade de habilidades e comportamentos. O exercício pode ser usado como uma atividade antecedente para melhorar desempenho em uma tarefa ou comportamento ou para aumentar aptidão física e habilidades motoras. As atividades com movimento podem incluir atividades esportivas/recreativas, artes marciais, ioga ou outras práticas corpo/mente (*mindful*) com foco em grupos específicos de técnicas e habilidades motoras. Intervenções via EXM podem envolver aquecimento/volta à calma, atividades aeróbicas, de força, alongamentos e/ou habilidades motoras complexas e podem ser desempenhadas individualmente ou em ambientes em grupo/equipe. O uso de EXM é frequentemente combinado com dicas, modelação, reforçamento e suportes visuais²¹.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder*”²², em que os estudantes realizavam uma atividade física de 20 minutos de manhã e depois uma série de paradas para novos exercícios, de 1 a 5 minutos, o que fazia com que as atividades posteriores tivessem muito menor probabilidade de serem perturbadas por comportamentos desafi-

adores, como agressividade contra si ou contra outrem, gritos, entre outros.

9. Extinção (EXT)

Definição: extinção (EXT) é a remoção de consequências reforçadoras de um comportamento desafiador a fim de reduzir a ocorrência futura desse comportamento. O procedimento de extinção depende da identificação precisa da função do comportamento e das consequências que podem estar reforçando sua ocorrência. A consequência que se acredita reforçar a ocorrência do comportamento desafiador do alvo é removida, resultando em uma diminuição do comportamento alvo. Um aumento inicial no comportamento desafiador (geralmente chamado de “explosão de extinção”) é comum antes de eventualmente ser extinto. A extinção não deve ser usada isoladamente. Outras práticas usadas em combinação com a extinção incluem reforço diferencial e avaliação do comportamento funcional.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Function-based intervention to support the inclusion of students with autism”²³ em que os estudantes eram instruídos a levantar as mãos para pedir o que necessitassem. Este procedimento era combinado com diversos outros, como o reforçamento dos pedidos adequados, dando alternativas funcionais para o indivíduo se comunicar e ter acesso aos reforçadores.

10. Avaliação Funcional do Comportamento

Definição: A avaliação do comportamento funcional (FBA) é uma maneira sistemática de determinar a função ou o objetivo de um comportamento, para que um plano de intervenção eficaz possa ser desenvolvido. O FBA consiste em descrever o comportamento interferente ou problemático, identificar eventos antecedentes e consequentes que controlam o comportamento (às vezes, testados sistematicamente por meio de uma Análise Funcional Experimental), desenvolver uma hipótese da função do comportamento e testar a hipótese. A coleta de dados é uma parte importante do processo do FBA. O FBA é normalmente usado para identificar as funções (que leigamente poder-se-ia chamar de “causas”) de comportamentos interferentes, como automutilação, agres-

são a outros ou comportamentos destrutivos. E deve ser seguido pela criação e implementação de uma intervenção comportamental para abordar o comportamento interferente descrito.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Conducting a Function-Based Intervention in a School Setting to Reduce Inappropriate Behaviour of a Child With Autism*”²⁴ em que foi realizada a avaliação funcional do comportamento de 3 diferentes formas na escola, demonstrando primeiramente que isso é possível, de forma consistente, e tratando, por exemplo, o comportamento do estudante de desengajamento das atividades escolares. Descobriu-se, na avaliação, que este comportamento era mantido pela atenção da professora e, portanto, uma intervenção de extinção + reforço diferencial do engajamento era um dos caminhos a seguir, articulando, portanto, as diversas práticas com evidência.

11. Treino de Comunicação Funcional (FCT)

Definição: o Treino de Comunicação Funcional (FCT) é um conjunto de práticas que substituem um comportamento desafiador que possui uma função de comunicação por comportamentos ou habilidades de comunicação mais apropriadas e eficazes. A FCT é precedida por uma avaliação do comportamento funcional para identificar a função de um comportamento interferente, seguida pelo ensino de uma habilidade de comunicação apropriada que pode servir ao mesmo propósito para o aluno com TEA. A FCT geralmente inclui um procedimento de reforço diferencial, no qual um indivíduo recebe uma resposta alternativa que resulta na mesma classe de reforço identificada como mantendo o comportamento problema. O comportamento problema geralmente é colocado em extinção. O componente distinto da FCT é que a resposta alternativa é uma forma reconhecível de comunicação (por exemplo uma vocalização, sinal manual ou cartão do PECS).

Um exemplo pode ser encontrado na Dissertação de Mestrado “Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esquiva da tarefa em crianças com TEA”²⁵ em que os participantes, meninos com autismo em fase escolar, tinham comportamentos desafiadores com a fun-

ção de se esquivar da lição. Foram, então, ensinados a pedir, de forma apropriada, para terem acesso a pausas das atividades. Essas respostas podiam ser vocais, “quero parar”, em sinal ou cartão. E, posteriormente, foram ensinados a reduzir os pedidos de pausa e ficar mais tempo engajados na atividade. Os estudantes diminuiram os comportamentos disruptivos, aumentaram os pedidos verbais esperados, conseguiram diminuir drasticamente as pausas e generalizaram os resultados.

12. Modelação

Definição: a Modelação (MD) envolve a demonstração de um comportamento-alvo desejado que resulta no uso do comportamento pelo aluno e que leva à aquisição do comportamento-alvo. Assim, o aluno está aprendendo uma habilidade específica através do aprendizado observacional. O MD é frequentemente combinado com outras estratégias, como estímulo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning”*²⁶ em que adolescentes com autismo foram expostos a situações em que observavam respostas sociais apropriadas e inapropriadas de adultos e observavam também as apropriadas sendo reforçadas e as inapropriadas não sendo reforçadas e lhes foi ensinado a discriminar entre os dois tipos de respostas. Os adolescentes aprenderam adequadamente a discriminar, por observação, respostas adequadas ou não e a generalizar para outros contextos.

13. Intervenção Mediada por Música (MMI)

Definição: a Intervenção Mediada por Música (MMI) usa a música como um recurso essencial da entrega da intervenção. Isso inclui a Musicoterapia, que ocorre em um relacionamento terapêutico com um musicoterapeuta treinado, além do uso planejado de músicas, entonação melódica e/ou ritmo para apoiar o aprendizado ou desempenho de comportamentos e habilidades-alvo em contextos variados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines For Young*

Children With Autism”²⁷ em que crianças com autismo ganharam uma música (uma para cada criança) com todos os passos, desde a entrada na sala de aula, até o ato de cumprimentar os colegas. A música teve um retorno extremamente positivo, inclusive aumentando expressivamente o número de saudações que lhes eram devolvidas.

14. Intervenção Naturalística

Definição: Intervenção Naturalística (NI) é uma coleção de práticas, incluindo arranjo ambiental e técnicas de interação implementadas durante rotinas diárias e atividades na sala de aula ou no ambiente doméstico do aluno. Essas práticas são projetadas para incentivar comportamentos-alvo específicos com base nos interesses dos alunos, criando habilidades mais complexas que são naturalmente reforçadoras e adequadas à interação. As NIs estão incorporadas em atividades e/ou rotinas típicas nas quais o aluno participa. As práticas de NI emergem de abordagens comportamentais (por exemplo, análise comportamental aplicada) e/ou de desenvolvimento da aprendizagem, e abrangem intervenções que foram notadas como intervenções comportamentais naturalísticas do desenvolvimento (NDBIs; Schreibman *et al.*, 2015) na literatura recente.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA”²⁸ em que outras crianças da escola foram treinadas a interagir em brincadeiras com as crianças com autismo no ambiente natural desta brincadeira (os momentos da escola destinados à atividade), com o reforçador natural da tarefa (que é o aproveitamento da própria brincadeira com os amigos), trabalhando com a motivação da própria criança com autismo.

15. Intervenção Implementada por Pais

Definição: na Intervenção Implementada por pais (PII), os pais são as principais pessoas a usarem uma prática de intervenção com seu próprio filho. Os profissionais ensinam os pais em formato individual ou de grupo (em ambientes domésticos ou comunitários). Os métodos para ensiná-los variam, mas podem incluir instruções didáticas, discussões, modelagem, treinamento ou

feedback de desempenho. O papel dos pais é usar a prática de intervenção para ensinar ao filho novas habilidades, quais sejam: formas de comunicação, maneiras de brincar ou habilidades de autocuidado, o envolvimento do filho na comunicação social e interações e/ou como diminuir comportamentos desafiadores. Depois que os pais são treinados, eles utilizam as intervenções (ou parte delas) com seus filhos. Os pais estão frequentemente implementando outras EBPs incluídas neste relatório (intervenções naturalistas, modelagem de vídeo ou narrativas sociais).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA.”²⁹, feito na Universidade Federal do Pará, no qual pais de crianças com autismo foram ensinados a implementarem Ensino por Tentativas Discretas, uma das práticas com melhor evidência para autismo e comparou-se o desempenho das crianças quando ensinadas por seus pais ou quando ensinadas por profissionais e concluiu-se que não houve diferença significativa entre as intervenções. O processo de treinamento dos pais se dá por meio do Treinamento de Habilidades Comportamentais (*Behavioral Skills Training* - BST), que consiste, basicamente, em a) oferecer a instrução; b) mostrar como se faz; c) pedir para o pai ensaiar a prática; e d) das *feedback* corretivo dos erros e elogiar os acertos.

16. Instrução e Intervenção Mediadas por Pares (PBII)

Definição: na Instrução e Intervenção Mediadas por Pares, a interação social entre pares é a característica definidora da intervenção. Na maioria das vezes, mas nem sempre, o colega do aluno é uma criança neurotípica da mesma idade geral. Existem dois tipos de PBII, caracterizados pelo papel do colega e do professor. Nas instruções e intervenções mediadas por pares (PMIIs), o colega recebe treinamento e talvez orientação de um adulto (pelo professor ou pelo clínico, por exemplo) para fornecer iniciações ou instruções sociais de uma maneira que apoie o objetivo de aprendizagem do aluno com autismo. Em uma variação dessa abordagem, um irmão do aluno pode servir no papel de par (por exemplo, intervenção mediada por irmãos), mas os procedimentos são os mesmos. Nas instruções e intervenções mediadas por adultos

(AMII), o professor ou outros adultos organiza o ambiente social (por exemplo, aproxima as crianças) e fornece treinamento, orientações e / ou reforço para que o aluno e o colega se envolvam na interação social.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with Autism Spectrum Disorder*”³⁰, em que estudantes do equivalente ao Ensino Médio, com desenvolvimento típico, passaram por treinamento para mediar uma intervenção com adolescentes com autismo para melhorar suas habilidades sociais, especificamente as conversas. Os adolescentes foram treinados em três tópicos: (a) Estratégias de conversação (T1); (b) Estratégias para promover a iniciação de conversas (T2); e (c) Estratégias para a introdução de questões de manutenção da conversa. Esses adolescentes aprenderam coisas como fazer contato visual, chamar ou tocar o adolescente com autismo e ajudá-lo a se engajar na conversa (e retirar depois a ajuda), a iniciar uma conversa com dica simples, como o contato visual, ou mais fortes, como falar “agora você que começa” e retirando progressivamente também o apoio e da mesma forma o ensino das questões. Além do treinamento inicial, as interações eram filmadas e os adolescentes eram elogiados pelo acerto e recebiam *feedback* corretivo pelos erros. Ao final, as pessoas com autismo se engajavam mais nas conversas, iniciavam mais interações e mantinham conversas com mais tempo, também com outros adolescentes.

17. Dicas (*Prompting*)

Definição: as Dicas, ou *Prompting* (PP) incluem o suporte dado aos alunos que os ajudam a usar uma habilidade específica. Dica verbal, gestual ou física é dada aos alunos para ajudá-los a adquirir ou se envolver em um comportamento ou habilidade direcionada. Geralmente, as Dicas são dadas por um adulto ou um colega antes ou quando o aluno tenta usar uma habilidade. Esses procedimentos são frequentemente usados em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo atraso e reforço, ou fazem parte de protocolos para o uso de outras práticas baseadas em evidências, como o Treino de Habilidades Sociais,

Ensino por Tentativas Discretas e a Videomodelação. Assim, os procedimentos de Dicas são considerados fundamentais para o uso de muitas outras práticas baseadas em evidências.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual”³¹ em que crianças com o autismo e Deficiência Intelectual eram ensinados a discriminar entre direita e esquerda levantando o braço correspondente à instrução. Ocorre que no começo as crianças eram incapazes de levantar o braço correto, então era dada a dica de imitação, gestual e física (levantava-se o braço do participante). Como é da natureza de toda dica, elas foram gradualmente retiradas (a expressão técnica para isso é “esvanecimento”) e as crianças aprenderam a levantar o braço direito ou esquerdo somente com a instrução, sem a necessidade, ao fim, de qualquer outra dica.

18. Reforçamento

Definição: reforçamento (R) é a aplicação de consequências após a ocorrência de uma habilidade que aumenta a probabilidade de comportamentos compatíveis em situações futuras. O reforçamento inclui reforço positivo, reforço negativo (diferente de punição), reforço não-contingente e economia de fichas. O reforçamento é uma prática fundamental baseada em evidências, na medida em que quase sempre é usada com outras práticas baseadas em evidências, incluindo Dicas, Ensino por Tentativas Discretas, Treino de Comunicação Funcional, Intervenção Naturalística.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando Reforçamento Não Contingente e treino de mando”³² em que se verificou que o comportamento autolesivo (bater com as mãos na cabeça e rosto) era causado sobretudo pelo comportamento de fuga das atividades. O procedimento consistiu em diversas intervenções. Mas uma delas, que nos interessa mais neste tópico, foi o reforçamento não contingente, ou seja, a cada 3 minutos (aproximadamente) eram oferecidos comestíveis e atenção ao estudante, fazendo com que o comportamento autolesivo diminuísse de forma expressiva.

19. Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR)

Definição: a Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR) envolve a introdução de uma dica ou comentário quando ocorre um comportamento-alvo projetado para desviar a atenção do aluno do comportamento-alvo. Especificamente, o RIR é usado predominantemente para abordar comportamentos repetitivos, estereotipados e / ou autolesivo. RIR é frequentemente implementado após a realização de uma avaliação funcional do comportamento (FBA) para identificar a função do comportamento-alvo. É particularmente útil com comportamentos-alvo persistentes que ocorrem na ausência de outras pessoas, em várias configurações diferentes e durante uma variedade de tarefas. Esses comportamentos geralmente não são mantidos por atenção ou fuga. Em vez disso, é mais provável que sejam mantidos por reforço sensorial e frequentemente resistentes a tentativas de intervenção. O RIR é particularmente eficaz com comportamentos mantidos sensorialmente porque os alunos são impedidos de se envolver em comportamentos-alvo e redirecionados para comportamentos alternativos mais apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Decreasing Vocal Stereotypy of a Youth With Autism in a Classroom Setting”*³³ em que um rapaz com autismo se engajava frequentemente em estereotípias vocais de vários tipos, prejudicando seu desenvolvimento escolar e social. O procedimento deu-se da seguinte maneira: quando ele fazia isso, uma pessoa tocava em seu ombro e, quando ele olhava para a pessoa, uma pergunta bem simples lhe era feita. Se respondida adequadamente, o aluno recebia um elogio – o que criou a oportunidade de quebrar a estereotípias.

20. Autogerenciamento (SM)

Definição: o Autogerenciamento (SM) é um pacote de intervenção que ensina os alunos a regular, de forma independente, seu próprio comportamento. O Autogerenciamento envolve ensinar os alunos a discriminar entre comportamentos apropriados e inadequados, monitorar e registrar com precisão seus próprios comportamentos e entregar, a si mesmos, reforçadores por se comportarem adequadamente. Embora inicialmente os alunos possam

precisar de apoio de adultos para registrar com precisão comportamentos e fornecer auto-reforço, esse apoio desaparece com o tempo. O autogerenciamento é frequentemente usado em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo intervenções mediadas por tecnologia, modelação, videomodelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of a Self-monitoring Application to Reduce Stereotypic Behavior in Adolescents with Autism: A Preliminary Investigation of I-Connect”*³⁴ em que dois adolescentes com autismo que tinham também Deficiência Intelectual aprenderam a usar um aplicativo de celular para responder a cada intervalo de tempo, se estavam emitindo estereotípias vocais ou motoras com as mãos. Este automonitoramento ou autogerenciamento do comportamento fez com que eles emitissem os comportamentos estereotipados em menor frequência do que faziam antes.

21. Integração Sensorial

Definição: a Integração Sensorial® (SI, Ayres, 1989) é uma teoria e prática que tem como alvo a capacidade de uma pessoa de processar e integrar internamente informações sensoriais de seu corpo e ambiente, incluindo informações visuais, auditivas, táteis, propioceptivas e vestibulares. O SI usa atividades personalizadas que desafiam o processamento sensorial e o planejamento motor, incentivam o movimento e a organização própria no tempo e no espaço, utilizam os desafios “na medida” e incorporam o equipamento clínico em atividades intencionais e divertidas para melhorar o comportamento adaptativo. O SI é implementado por Terapeutas Ocupacionais treinados e ocorre principalmente em contextos clínicos.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial”*³⁵ em que crianças com autismo foram individualmente avaliadas e suas dificuldades adaptativas em diversas atividades foram analisadas e em diversos casos formuladas hipóteses para esses prejuízos. Nestes casos, eram formuladas as intervenções de experientiação de estímulos sensoriais apropriados, na medida de

cada necessidade, especialmente de forma lúdica, em jogos e brincadeiras, com a função de atingir a integração sensorial. Os resultados foram estatisticamente significativos em relação ao grupo controle, que participou de atividades usuais e não baseadas na Integração Sensorial.

22. Narrativas Sociais (SN)

Definição: narrativas sociais (SN) são intervenções que descrevem situações sociais, a fim de destacar características relevantes de um comportamento ou habilidade alvo e oferecer exemplos de comportamentos apropriados. As narrativas sociais visam ajudar os alunos a se adaptarem às mudanças de rotina, adaptarem seus comportamentos com base nas dicas sociais e físicas de uma situação, ou a ensinar habilidades ou comportamentos sociais específicos. As narrativas sociais são individualizadas de acordo com as necessidades dos alunos e geralmente são bastante curtas, frequentemente contadas em formato de história e geralmente incluem figuras ou outros recursos visuais. Geralmente escritos em primeira pessoa do ponto de vista do aluno, eles incluem frases que detalham a situação, fornecem sugestões ao aluno de comportamentos apropriados e descrevem os pensamentos e sentimentos de outras pessoas envolvidas na situação.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The Use of Social Stories to Reduce Precursors to Tantrum Behavior in a Student with Autism”*³⁶ em que foram localizados dois momentos em que os comportamentos precursores dos comportamentos disruptivos ocorriam. E, a partir daí, apresentaram-se os comportamentos adequados, em histórias sociais e em primeira pessoa. Dois momentos que eram as transições entre ir à escola e voltar, e o momento do almoço. Nestas histórias, eram descritos os comportamentos apropriados e os reforçadores (adesivos e depois um “prêmio” escolhido) pertinentes ao comportamento adequado. Nos dois casos, o sucesso foi total e os disruptivos praticamente zerados.

23. Treino de Habilidades Sociais

Definição: o Treino de Habilidades Sociais (SST) é uma intervenção em grupo ou individual, projetada para ensinar aos alunos formas de participar de maneira adequada e bem-sucedida

em suas interações com os outros. Isso pode incluir relacionamentos com colegas, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade e parceiros românticos. A maioria das sessões de intervenção inclui instrução direta de conceitos básicos, ensaios (*role-play*) ou prática e *feedback* para ajudar os alunos a adquirir e praticar habilidades de comunicação, brincadeira ou práticas sociais para promover interações positivas com os outros. As técnicas de SST geralmente incluem outras EBPs, como reforço, modelação, dicas, intervenções cognitivo-comportamentais, narrativas sociais, *scripts* e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo "*Social Skills Training to Increase Social Interactions Between Children with Autism and Their Typical Peers*"³⁷ em que os adolescentes participavam de um grupo de Treinamento de Habilidades Sociais, no qual eram demonstradas diversas situações sociais e apresentado modelo de interações sociais apropriadas. Após isso, eles ensaiavam essas situações e, a título de reforço, eram corrigidos nos erros cometidos, havendo reforçamento para os acertos. Este procedimento fez com que os adolescentes respondessem muito mais positivamente às interações sociais nos quesitos cumprimentos, imitação e seguimento de instruções, bem como compartilhamento e resposta aos pedidos de ajuda.

24. Análise de Tarefas (TA)

Definição: a Análise de Tarefas (AT) é o processo de decompor uma habilidade comportamental complexa ou "encadeada" em componentes menores para ensinar uma habilidade. O aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais da cadeia progressivamente, até que toda a habilidade seja dominada (também chamada de "encadeamento direto"). Ou o aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais, começando com a etapa final e retornando progressivamente pela cadeia de habilidades até que toda a tarefa seja dominada desde o início (encadeamento de trás para frente). A Análise de Tarefas também pode ser usada para apresentar uma tarefa inteira a um aluno de uma só vez, com etapas claras sobre como atingir a habilidade do início ao fim. Outras práticas, como reforço, videomodelação ou atraso de tem-

po devem ser usadas para facilitar o aprendizado das etapas menores. À medida em que os passos menores são dominados, o aluno se torna mais independente em sua capacidade de executar a habilidade maior.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo em que diversos estudantes (com autismo ou Deficiência Intelectual) foram ensinados a comprar coisas de que gostavam, de modo independente, no mercado. O primeiro passo do processo foi a observação de pessoas que compravam no mesmo lugar e dividir a tarefa em pequenos pedaços, 28 ao total. Depois os estudantes foram acompanhados a fazerem a lista das coisas que queriam comprar e instruídos sobre como realizar cada um dos 28 passos. Em cada passo realizado, o implementador elogiava o acerto ou corrigia o erro, até que o desempenho fosse satisfatório. Todos demonstraram o desempenho desejado.

25. Instrução e Intervenção Assistida por Tecnologia (TAII)

Definição: Instrução e Intervenções Assistidas por Tecnologia (TAII) são aquelas em que a tecnologia é a característica central de uma intervenção. Dado o rápido aumento da inclusão da tecnologia nas intervenções, essa prática baseada em evidências é mais focada em incluir a tecnologia projetada ou empregada especificamente para apoiar o aprendizado ou o desempenho de um comportamento ou habilidade de um aluno. Intervenções que usam uma forma mais geral de tecnologia para fornecer uma prática com evidência em suporte alternativo (por exemplo, exibindo um suporte visual em um dispositivo móvel, videomodelação, alarme em um telefone como parte do autogerenciamento) não estão incluídas nesta base de evidências. O TAIi inclui tecnologias como robôs, software para computador ou baseado na Web, aplicativos para dispositivos e redes virtuais. Os recursos comuns dessas intervenções são a própria tecnologia (como observado) e procedimentos instrucionais para aprender a usar a tecnologia ou apoiar seu uso em contextos apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Emotiplay’: a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation”*³⁸, no qual um site (<https://>

emotiplay.com/) era utilizado como plataforma na qual a criança ou adolescente com autismo leve (eles usam a expressão “autismo de alto funcionamento”) passava por uma série de atividades, especialmente de reconhecimento de faces, linguagem corporal e integração entre elas. Depois de ver um rosto, por exemplo, escolhiam se ele denotava tristeza, alegria, entre outros sentimentos. E o acerto era reforçado. Depois de uma jornada de treinamento, os participantes demonstraram reconhecer muito melhor as emoções alheias, generalizando os resultados para além do jogo.

26. Atraso de tempo (TD)

Definição: o Atraso do Tempo (TD) é uma prática usada para diminuir sistematicamente o uso de Dicas durante as atividades de ensino. Com este procedimento, é fornecido um breve atraso entre a instrução inicial e quaisquer instruções ou dicas adicionais. A pesquisa, baseada em evidências, concentra-se em dois tipos de procedimentos de Atraso de Tempo: progressivo e constante. Com o atraso progressivo do tempo, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre uma instrução e qualquer solicitação que possa ser usada para obter uma resposta do aluno. À medida em que o aprendiz se torna mais competente no uso da habilidade, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre a instrução e a dica. Em um atraso de tempo constante, sempre é usado um período fixo de tempo entre a instrução e a dica, e isso à medida em que o aluno se torna mais experiente no uso da nova habilidade. O atraso de tempo é sempre usado em conjunto com procedimento de dica (por exemplo, dica de menos para mais, dica simultânea, condução graduada).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Teaching students with autism to read pictures*” em que os pesquisadores mostravam, para as crianças, cartas com desenhos de pessoas, objetos ou ações e os ensinavam a reconhecer cada um deles e formar leituras encadeadas desses desenhos. Após uma fase de Dica simultânea, isto é, em que a tarefa era apresentada e logo em seguida a ajuda para que o estudante não errasse, introduzia-se o Atraso de Tempo, fazendo com que a Dica fosse atrasada em 2 segundos em

cada tentativa, para que o estudante se adiantasse e passasse a emitir o comportamento de forma independente.

27. Videomodelação (VM)

Definição: a Videomodelação (VM) é um método de instrução que usa a tecnologia de vídeo para gravar e apresentar uma demonstração do comportamento ou habilidade almejada. A demonstração é mostrada ao aluno, que então tem a oportunidade de executar o comportamento-alvo no momento ou em um momento posterior. Os tipos de modelagem de vídeo incluem modelo adulto ou par como modelo, auto modelagem de vídeo, videomodelação *point-of-view*, Dica em vídeo e feedback em vídeo. A modelagem de vídeo é frequentemente usada com outras EBPs, como Análise de Tarefas, Dicas e estratégias de Reforçamento.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo brasileiro “Aprendizagem Observacional em Crianças com Autismo: Efeitos do Ensino de Respostas de Monitoramento via Videomodelação”³⁹ em que se ensinava crianças com autismo a nomear personagens criados pela própria pesquisa. No vídeo que assistiam, um pesquisador perguntava a um modelo “O que é isso?” apontando o objeto e o modelo, ou acertava (e tinha acesso a reforçadores) ou errava (e não tinha acesso) e as crianças com autismo aprenderam a nomeação correta, observando e discriminando as condições que davam acesso ao reforçador e modelando seu comportamento a partir do vídeo.

28. Suportes Visuais (VS)

Definição: os Suportes Visuais (VS) são dicas concretas que fornecem informações sobre uma atividade, rotina ou expectativa e / ou suporte para alguma habilidade. Os Suportes Visuais são frequentemente combinados com outras práticas, como Dica e Reforçamento, e também são incorporados em muitas intervenções mais complexas ou pacotes interventivos. Alguns exemplos de Suportes Visuais comuns são: rotinas visuais, agendas visuais, sistemas de trabalho, organizadores gráficos, dicas visuais e *scripts*.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*The relationship between predictability and problem behavior for students with severe*

disabilities”⁴⁰ em que os comportamentos inadequados de crianças com autismo severo foram avaliadas e atingiam altos níveis, mas quando havia o planejamento e apresentação visual das atividades antes da intervenção, possibilitando uma previsibilidade, havia uma queda bastante expressiva de comportamentos inadequados, mesmo quando a atividade era ainda desconhecida, simplesmente pelo fato de ela ter sido apresentada no planejamento do dia.

Considerações Finais

Sendo sintético, a questão basilar é essa: não me parece ético submeter pessoas com o Transtorno do Espectro Autista a práticas sem nenhuma demonstração de efetividade. Centenas de estudos realizados em todo o mundo e as amplas revisões científicas do NAC e NCAEP realizaram o belíssimo trabalho de separar o joio do trigo e indicar quais práticas possuem evidência e podem realmente ajudar as pessoas com autismo a terem melhor qualidade de vida. Nossa tarefa é estudar exaustivamente e dar o melhor de nós, a fim de garantir que a presença de uma deficiência não seja desculpa para privar os autistas de seus Direitos Humanos.

Referências Bibliográficas

1. Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
2. Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.
3. <https://www.terapiaaba.com.br/upload/ebp-traducao-final.pdf>.
4. National Autism Center. Findings and conclusions: National standards project, phase 2. 2015.
5. Randolph, M. A. National Standards Report. National Autism Center, 2009.
6. Clark, Megan Louise Erin et al. School age outcomes of children diagnosed early and later with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 48, n. 1, p. 92-102, 2018.
7. Linstead, Erik et al. Intensity and learning outcomes in the treatment of children with autism spectrum disorder. *Behavior modification*, v. 41, n. 2, p. 229-252, 2017.
8. Howard, Jane S. et al. Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities*, v. 35, n. 12, p. 3326-3344, 2014.
9. Lovaas, O. Ivar. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 55, n. 1, p. 3, 1987.
10. Odom, Samuel L. et al. Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. Preventing school failure: Alternative education for children and youth, v. 54, n. 4, p. 275-282, 2010.
11. Wong, Connie et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 45, n. 7, p. 1951-1966, 2015.
12. As definições que apresentamos são tradução livre do documento do NCAEP.
13. Haley, Janet L.; Heick, Patrick F.; Luiselli, James K. Use of an antecedent intervention to decrease vocal stereotypy of a student with autism in the general education classroom. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 32, n. 4, p. 311-321, 2010. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317107.2010.515527>.
14. Carr, Deborah; Felce, Janet. The effects of PECS teaching to Phase III on the communicative interactions between children with autism and their teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 4, p. 724-737, 2007.
15. Davis, Carol Ann et al. Effects of high probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 25, n. 4, p. 905-916, 1992.
16. Mcconachie, Helen et al. Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, v. 18, n. 6, p. 723-732, 2014.
17. Bruhn, Allison L. et al. Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach. *Behavioral Disorders*, v. 41, n. 1, p. 21-37, 2015.
18. Mais informações podem ser encontradas no National Institute for Direct Instruction (NIFDI) website (www.nifdi.org).

19. Cadette, Jessica N. et al. The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism Spectrum disorder to answer “wh-” questions. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 46, n. 9, p. 2968-2978, 2016.
20. Guerra, Bárbara. Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com transtorno do espectro autista (TEA). 2015.
21. A tradução de termos técnicos teve o apoio do Prof. Dr. Paulo Chereguini, pesquisador em Educação Física aplicada ao Transtorno do Espectro Autista.
22. Cannella-Malone, Helen I.; Tullis, Christopher A.; Kazze, Aline R. Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*, v. 13, n. 4, p. 230-239, 2011.
23. Reeves, Linda M. et al. Function-based intervention to support the inclusion of students with autism. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, p. 379-391, 2013.
24. Camacho, Regina et al. Conducting a function-based intervention in a school setting to reduce inappropriate behaviour of a child with autism. *Behaviour Change*, v. 31, n. 1, p. 65-77, 2014.
25. Michel, Renata Cristina et al. Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esquiva da tarefa em crianças com TEA. 2018.
26. Dequinzio, Jaime Ann; TAYLOR, Bridget A. Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 48, n. 1, p. 38-51, 2015.
27. Kern, Petra; Worely, Mark; Aldridge, David. Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 7, p. 1264-1271, 2007.
28. Hernandez, M.A.Z.D. (2017) Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Análise do Comportamento) São Paulo: Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
29. Cesar de Oliveira, J. S. Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 34 páginas. 2017.
30. Bambara, Linda M. et al. A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 27, p. 29-43, 2016.
31. De Carvalho Silva, Elaine; Elias, Nassim Chamel. Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 33, n. 1, 2018.
32. De Garcia, Marcus Vinícius Fonseca; Oliveira, Thais Porlan. Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando reforçamento não contingente e treino de mando. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, v. 12, n. 1, 2016.
33. Wells, Jenny; Collier, Lisha; Sheehy, Patricia H. Decreasing vocal stereotypy of a youth with autism in a classroom setting. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 38, n. 2, p. 164-174, 2016.
34. Crutchfield, Stephen A. et al. Use of a self-monitoring application to reduce stereotypic behavior in adolescents with autism: A preliminary investigation of I-Connect. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 5, p. 1146-1155, 2015.

35. Schaaf, Roseann C. et al. An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 44, n. 7, p. 1493-1506, 2014.
36. Kuttler, Shari; Myles, Brenda Smith; Carlson, Judith K. The use of social stories to reduce precursors to tantrum behavior in a student with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, v. 13, n. 3, p. 176-182, 1998.
37. Gonzalez- Lopez, Adriana; Kamps, Debra M. Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus on autism and other developmental disabilities*, v. 12, n. 1, p. 2-14, 1997.
38. Friedenson-Hayo, S. et al. 'Emotiplay': a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation. *European child & adolescent psychiatry*, v. 26, n. 8, p. 979-992, 2017.

Bibliografia Básica

- Lacerda, Lucelmo. *Transtorno do Espectro Autista: uma brevíssima introdução*. Curitiba: CRV, 2018.
- Bosa, C.A., Teixeira, M.C. *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica*. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- Schwartzman, J. S.; Araújo, C. A. (Orgs) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2011.
- National Autism Center. *Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2*. Free report, 2015. Disponível em: <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/>.
- Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.
- Orsati, F.T. et al. *Práticas para a sala de aula baseadas em evidências*. São Paulo: Memnon, 2015.
- Lacerda, Lucelmo. *Educador ou cuidador? O acompanhante do estudante com autismo em inclusão no Brasil*. Apresentação no 1º Congresso Luso-Brasileiro de TEA e Educação Inclusiva. 2017.
- Capellini, V.L.M.F. *Avaliação das possibilidades do ensino colaborativo no processo de inclusão escolar do aluno com deficiência mental*. 302 fls. Tese (Doutorado em Educação Especial) São Carlos: UFSCar, 2004.
- Bagaiolo, Leila. Guilhardi, Cíntia. Romano, Cláudia. "Análise do Comportamento Aplicada – ABA" In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves de. (Orgs.) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, pp. 278-296.
- Mendes, Enicéia Gonçalves. *A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil*. *Revista Brasileira de Educação*, v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006.
- Mendes, E.G., Almeida, M.A., Williams, L.C.A. (Orgs). *Temas em Educação Especial: avanços recentes*. São Carlos: EDUFSCar, 2009.
- Bueno, J.G.S. *Educação especial brasileira: questões conceituais e de atualidade*. São Paulo: EDUC, 2011.
- Stock, Richard A.; Schulze, Kimberly A.; Mirenda, Pat. *A comparison of stimulus-stimulus pairing*,

standard echoic training, and control procedures on the vocal behavior of children with autism. *The analysis of verbal behavior*, v. 24, n. 1, p. 123-133, 2008.

Ahrens, Erin N. et al. Further evaluation of response interruption and redirection as treatment for stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 44, n. 1, p. 95-108, 2011.

Miguel, Caio F. et al. The effects of response interruption and redirection and sertraline on vocal stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 42, n. 4, p. 883-888, 2009.

Hagopian, Louis P. et al. Response interruption and differential reinforcement of alternative behavior for the treatment of pica. *Behavioral Interventions*, v. 26, n. 4, p. 309-325, 2011.

Ramachandran, V. S. O que o cérebro tem para contar: desvendando os mistérios da natureza humana. Zahar, 2014.

Frith, Uta. *Autism: A very short introduction*. Oxford University Press, 2008.

Iwata, B. A., KAHNG, S. W., Wallace, M. D., & Lindberg, J. S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. In J. Austin & Carr, J.E. (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 61-90). Reno, NV: Context Press.

Matson, Johnny L.; Vollmer, T. R. *User's guide: Questions about behavioral function (QABF)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers, 1995.

Matson, Johnny L. et al. A validity study on the questions about behavioral function (QABF) scale: Predicting treatment success for self-injury, aggression, and stereotypies. *Research in developmental disabilities*, v. 20, n. 2, p. 163-175, 1999.

Sturme, Peter. Assessing the functions of self-injurious behavior: A case of assessment failure. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 331-336, 1994.

Mahoney, Kurt; Wagenen, R.; Meyerson, Lee. Toilet training of normal and retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 4, n. 3, p. 173-181, 1971.

Isaksen, Jørn; Holth, Per. An operant approach to teaching joint attention skills to children with autism. *Behavioral Interventions*, v. 24, n. 4, p. 215-236, 2009.

Law, Mary C.; Baum, Carolyn Manville; Dunn, Winnie. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Slack Incorporated, 2005.

Smith, David (Ed.). *Social work and evidence-based practice*. Jessica Kingsley Publishers, 2004.

Leonardi, Jan Luiz. *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Mankad, Deepali et al. A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Molecular autism*, v. 6, n. 1, p. 18, 2015.

Harbour, Robin; Miller, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ: British Medical Journal*, v. 323, n. 7308, p. 334, 2001.

Davies, Philip. *Revisões Sistemáticas e a Campbell Collaboration*. In: Thomas, G., Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 31-44.

Thomas, G. *Introdução: evidências e prática*. In: THOMAS, G., PRING, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.

Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.

**Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências
2020**



EDIÇÃO DE 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

PATROCÍNIO:



APOIO:



REALIZAÇÃO:



ISBN: 978-65-00-12458-3



Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista

Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde

Edição em Português da



Estas diretrizes são fornecidas apenas para fins informativos e não representam aconselhamento profissional ou jurídico. Existem muitas variáveis que influenciam e direcionam a prestação de serviços profissionais da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). The Council of Autism Service Providers (CASP) e os autores destas diretrizes não assumem qualquer responsabilidade pela aplicação dessas diretrizes na prestação de serviços ABA. As diretrizes apresentadas neste documento refletem o consenso de uma série de especialistas no assunto, mas não representam uma única prática aceitável. Estas diretrizes também não refletem ou criam qualquer afiliação entre aqueles que participaram no seu desenvolvimento. O CASP não requer ou garante que estas diretrizes se aplicam ou devem ser aplicadas em todos os contextos. Como alternativa, estas diretrizes são oferecidas como um recurso informativo que deve ser considerado em consultorias com pais, analistas do comportamento, reguladores, financiadores e gestores de planos de saúde.

Copyright © 2014, 2020, 2022 do The Council of Autism Service Providers (“CASP”). Ver. 2.0 (português)

Esta edição em Português foi realizada pela DAXTA (editora) com licença do CASP (autor). Cópias eletrônicas e/ou em papel como parte de todo este trabalho podem ser feitas para fins pessoais, educacionais ou de formulação de políticas públicas, desde que tais cópias não sejam feitas ou distribuídas com fins lucrativos ou vantagem comercial. Não é permitida a distribuição deste documento pela internet. Se desejar compartilhar ou distribuir este documento, a URL da página oficial do autor e/ou editor pode ser usada. Outros usos e/ou distribuições por qualquer outro meio requerem permissão prévia do The Council for Autism Service Providers e da editora da versão em português, DAXTA. Estas instituições podem ser contactadas por info@casproviders.org e contact@daxta.com. Todas as cópias, independentemente do meio, precisam incluir esta nota na primeira página. É permitido utilizar partes do documento desde que se dê o crédito adequado para “Copyright © 2020 do The Council of Autism Service Providers (CASP), todos os direitos são reservados.” Para citações acadêmicas, use a referência abaixo.

The Council of Autism Service Providers. (2022). Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista: Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde (2a ed. em português, L. A. Sump & M. C. Guimarães ed.). DAXTA.



TABELA DE CONTEÚDO

Parte I: Visão Global

SEÇÃO 1: Resumo	3
SEÇÃO 2: Transtorno do Espectro Autista e Análise do Comportamento Aplicada.....	4
SEÇÃO 3: Considerações	5

Parte II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: Treinamento e Credenciamento de Analistas do Comportamento.....	6
SEÇÃO 2: Análise do Comportamento Aplicada no Tratamento do Transtorno do Espectro Autista.....	10
SEÇÃO 3: Avaliação, Formulação de Objetivos de Tratamento, e Mensuração do Progresso do Cliente.....	19
SEÇÃO 4: Autorização de Serviço e Dosagem	22
SEÇÃO 5: Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais	27
SEÇÃO 6: Supervisão de Caso	32
SEÇÃO 7: Trabalhando com Cuidadores e Outros Profissionais.....	37
SEÇÃO 8: Alta, Planejamento de Transição e Continuidade de Suporte	41

Parte III: Apêndices

APÊNDICE A: Critérios de Elegibilidade para Certificação do BACB	42
APÊNDICE B: Bibliografia Seleccionada	45
APÊNDICE C: Notas de Rodapé	46



PARTE I: Visão Global

SEÇÃO 1: RESUMO

O objetivo deste documento é informar a tomada de decisão sobre o uso da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) com a finalidade de desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo alcance prático possível, o funcionamento de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) de maneiras que são ao mesmo tempo eficazes e com um bom custo-benefício.¹

O documento é baseado nas melhores evidências científicas disponíveis e na opinião clínica de especialistas sobre o uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para indivíduos diagnosticados com TEA. As diretrizes têm intenção de servirem como uma introdução breve e fácil de serem usadas na prestação de serviços ABA para o TEA. Estas diretrizes são escritas para financiadores e gestores de saúde, tais como planos de saúde, programas de saúde do governo, empregadores, entre outros. As diretrizes também podem ser úteis para consumidores, prestadores de serviços e órgãos reguladores.

Este documento fornece diretrizes clínicas e outras informações sobre ABA como tratamento para o TEA. Como um tratamento de saúde comportamental, ABA inclui uma série de aspectos e de componentes clínicos únicos para a prestação de serviços. Portanto, é importante que os responsáveis pela construção de uma rede de provedores entendam essas características únicas da ABA.

Esta é a segunda edição deste manual de recursos e continuará a ser periodicamente atualizado para refletir mudanças na prática clínica e nos resultados de pesquisas científicas. Referências e informações adicionais podem ser encontradas nos apêndices.



SEÇÃO 2: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA

1 O que é o TEA?

O TEA é caracterizado por vários graus de dificuldade na interação social, na comunicação verbal e não verbal, e na presença de comportamento repetitivo e/ou interesses restritos.² Devido à variabilidade e apresentação de sintomas, dois indivíduos com diagnóstico de TEA não são iguais em relação a como o transtorno se manifesta e no seu impacto nas famílias. Devido à natureza do transtorno, pessoas com TEA frequentemente não irão atingir a habilidade de funcionar de forma independente sem o tratamento clínico necessário.

2 O que é ABA?

ABA é uma disciplina científica bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas que foca na análise, delineamento, implementação e avaliação de modificações sociais e ambientais para produzir mudanças significativas no comportamento humano. ABA inclui o uso de observação direta, mensuração e análise funcional das relações entre o ambiente e comportamento. ABA usa mudanças nos eventos ambientais, incluindo estímulos antecedentes e consequências, para produzir mudanças práticas e significativas no comportamento. Estes eventos ambientais relevantes são geralmente identificados por meio de uma variedade de métodos de avaliação especializados. ABA entende que o comportamento de um indivíduo é determinado por eventos ambientais passados e atuais em conjunto com variáveis orgânicas, tais como dotação genética e variáveis fisiológicas. Assim, quando aplicada ao TEA, a ABA foca em intervir em dificuldades do transtorno por meio de modificações nos ambientes sociais e de aprendizagem do indivíduo.

As diretrizes atuais são específicas para a ABA como um tratamento de saúde comportamental para o TEA. No entanto, a ABA também tem eficácia demonstrada no tratamento de sintomas de diversas condições, incluindo comportamentos destrutivos severos, abuso de substâncias, demência, distúrbios alimentares pediátricos, traumatismo craniano, entre outros.

Os efeitos bem-sucedidos na remediação de deficits centrais do TEA e o desenvolvimento ou restabelecimento de habilidades, que estão documentados em centenas de estudos revisados por pares publicados nos últimos 50 anos, tornou a ABA o tratamento padrão de cuidados para o tratamento do TEA (ver Apêndice B).



SEÇÃO 3: CONSIDERAÇÕES

- Este documento contém diretrizes e recomendações que refletem os resultados de pesquisas e de melhores práticas clínicas. Entretanto, o tratamento individualizado é uma característica definidora e componente integral da ABA, que é uma das razões pelas quais tem sido tão bem-sucedida no tratamento deste transtorno heterogêneo.
- Alguns indivíduos diagnosticados com TEA apresentam comorbidades, incluindo, mas não se limitando, a deficiência intelectual, distúrbios convulsivos, distúrbios psiquiátricos, anormalidades cromossômicas, distúrbios alimentares, distúrbios do sono, distúrbios de eliminação, comportamento destrutivo (por exemplo, autolesão e agressão) e uma variedade de outras condições que requerem tratamento médico adicional. **Estas diretrizes se aplicam a indivíduos com diagnóstico de TEA que apresentam estas comorbidades, já que pesquisas estabeleceram que ABA também é eficaz para esta população de clientes.**
- As diretrizes neste documento são pertinentes ao uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo possível, o funcionamento de um indivíduo com TEA.
- Estas diretrizes não devem ser usadas para diminuir a disponibilidade, qualidade ou frequência de serviços de tratamento ABA disponíveis.
- A cobertura do tratamento ABA para TEA por financiadores e gestores de saúde não deve suprimir as responsabilidades de entidades educacionais ou governamentais.
- A especificação da ABA em um programa educacional ou governamental não deve suprimir a cobertura da ABA por financiadores e gestores de saúde.
- O tratamento ABA não deve ser restrito a priori a lugares específicos, mas ao invés, deve ser administrado em lugares que maximizam os resultados do tratamento para o cliente específico.
- Este documento fornece orientação apenas sobre o tratamento ABA; outros tratamentos de saúde comportamental não são abordados.



PARTE II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: TREINAMENTO E CREDENCIAMENTO DE ANALISTAS DO COMPORTAMENTO

ABA é uma abordagem com enfoque especializado no tratamento de saúde comportamental e a maioria dos programas de graduação ou pós-graduação em psicologia, terapia ocupacional, serviço social ou outras áreas da prática clínica não fornecem uma formação profunda nesta disciplina. Assim, uma compreensão do processo de credenciamento de Analistas Comportamentais pelo Behavior Analyst Certification Board® (BACB®) pode auxiliar os planos de saúde e seus assinantes na identificação daqueles provedores que atendem às competências básicas para praticar ABA.

O treinamento formal dos profissionais credenciados pelo BACB é semelhante ao de outros profissionais da área médica e de saúde comportamental. Ou seja, eles são inicialmente treinados em um ambiente acadêmico e, em seguida, começam a trabalhar em um ambiente clínico supervisionado com clientes. Conforme eles demonstram gradualmente as competências necessárias para gerenciar problemas clínicos complexos com uma variedade de clientes e ambientes de saúde, eles se tornam profissionais independentes. Em resumo, os Analistas do Comportamento passam por uma trajetória rigorosa de treinamento e educação, incluindo um período de “estágio” em que trabalham sob a supervisão direta de um Analista do Comportamento experiente.

Deve-se notar que outros profissionais licenciados podem ter ABA incluído em seu escopo particular de treinamento e competência. Além disso, um pequeno subconjunto de clínicos podem ser licenciados por outra profissão e também possuir uma credencial do BACB, fornecendo assim evidências adicionais da natureza e profundidade de seu treinamento em ABA.

Embora o financiamento da saúde e a gestão de tratamentos de saúde comportamental supervisionados por Analistas do Comportamento sejam relativamente recentes, os Analistas do Comportamento, como outros provedores de saúde médica e comportamental, se baseiam em estratégias e procedimentos documentados na literatura revisada por pares, protocolos de tratamento estabelecidos e em estruturas de tomada de decisão clínica. Eles avaliam continuamente o estado atual do cliente e personalizam as opções de tratamento com base nos resultados da observação direta e dados de uma série de outras avaliações. Os Analistas do Comportamento também solicitam e integram informações do cliente e de membros da família e coordenam intervenções com outros profissionais.

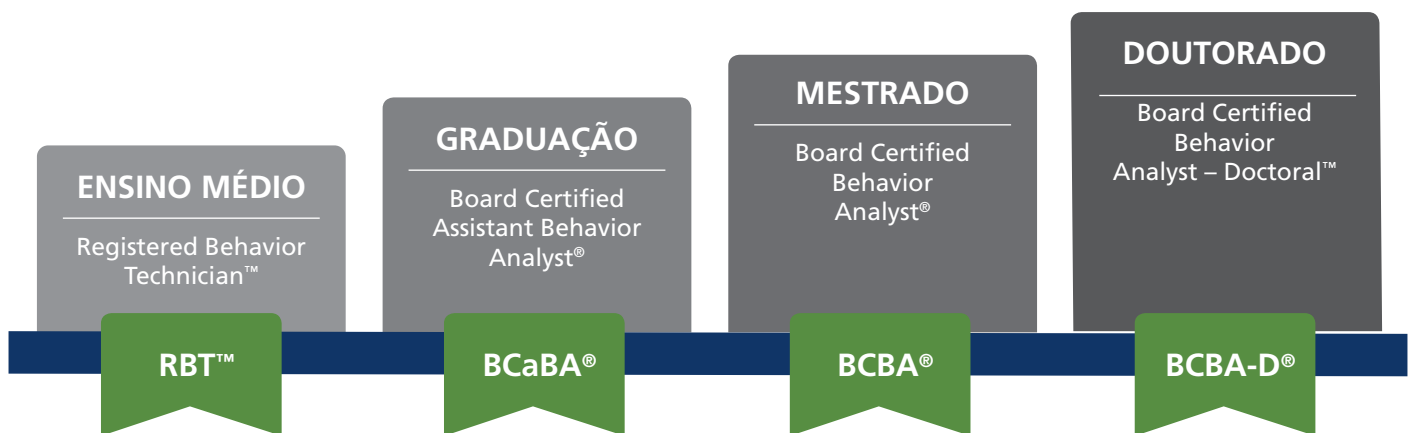
O Behavior Analyst Certification Board

O BACB é uma corporação sem fins lucrativos 501(c)(3) estabelecida para atender às necessidades de credenciamento profissional identificadas por Analistas do Comportamento, governos e consumidores de serviços de análise de comportamento. A missão do BACB é de proteger os consumidores de serviços de análise do comportamento em todo o mundo, sistematicamente estabelecendo, promovendo e disseminando diretrizes profissionais. O BACB estabeleceu conteúdo, diretrizes e critérios uniformes para o processo de credenciamento projetado para atender:

- As diretrizes de padrões legais estabelecidos por meio de leis estaduais, nacionais e jurisprudência;
- As diretrizes que são aceitas para certificação de programas; e
- As “melhores práticas” e padrões éticos da profissão da análise do comportamento.

Os programas de certificação de BCBA e BCaBA são atualmente acreditados pela National Commission for Certifying Agencies (NCCA), o braço de credenciamento do Institute for Credentialing Excellence. NCCA revisa e supervisiona todos os aspectos relacionados em garantir o desenvolvimento e aplicação de processos de credenciamento adequados.

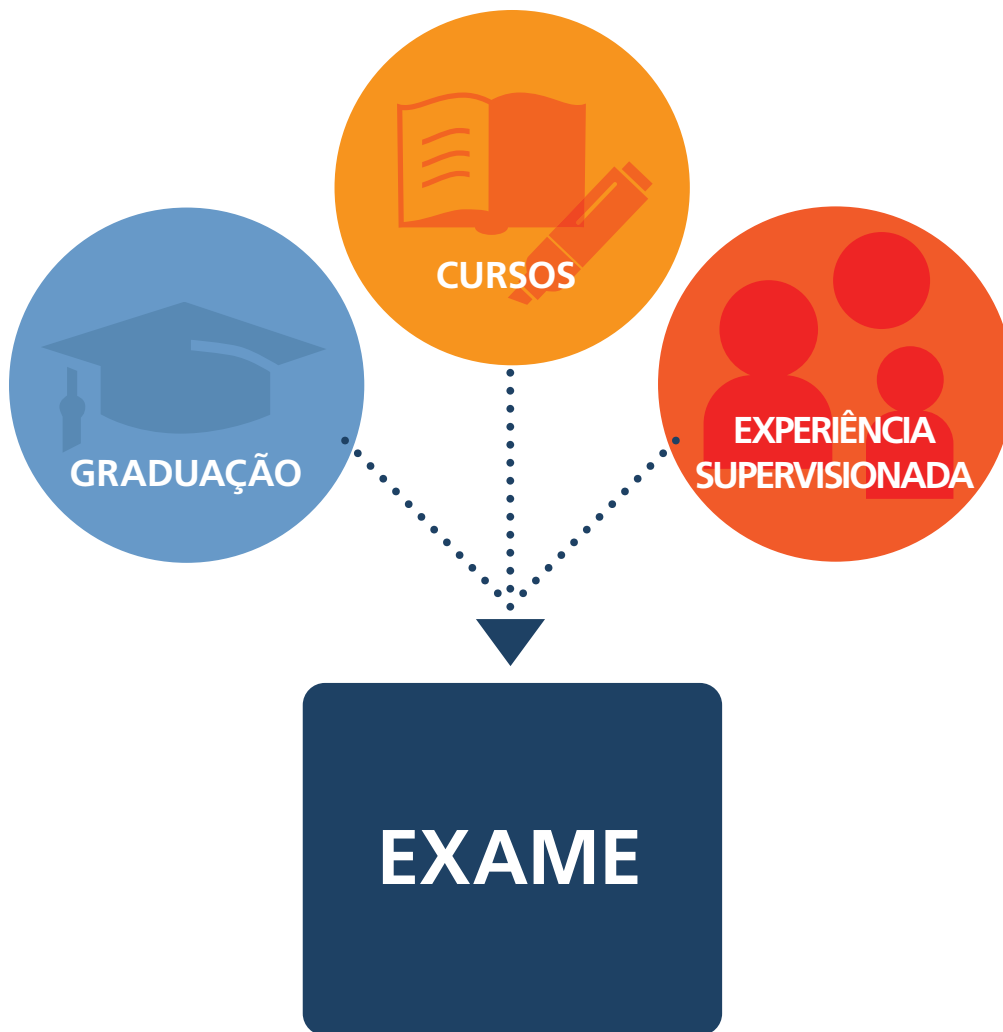
O BACB credencia e reconhece profissionais em quatro níveis:



Praticantes credenciados nos níveis BCBA-D e BCBA são definidos como Analistas do Comportamento. O BACB requer que BCaBAs, ou Analistas Comportamentais Assistentes, trabalhem sob a supervisão de um BCBA-D ou BCBA. RBTs precisam trabalhar sob a supervisão de um BCBA-D, BCBA ou BCaBA. Nota: os critérios para a credencial RBT são descritos na Seção 5 (Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais).

Critérios de Elegibilidade para Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes

Candidatos que finalizam os requerimentos de qualificação de graduação, cursos e experiência supervisionada descritos na próxima seção, podem fazer o exame para o BCBA ou BCaBA (veja a figura abaixo). Cada exame é desenvolvido profissionalmente para atender aos padrões de exame reconhecidos e é baseado nos resultados de uma análise de trabalho e pesquisa formais. Além disso, todos os exames do BACB são oferecidos sob condições de teste seguros e são administrados e avaliados profissionalmente.



Critérios primários para a certificação pelo BACB

Educação Continuada e Manutenção da Certificação

Os profissionais certificados pelo BACB são obrigados a atestar que seguem as regras éticas e disciplinares da organização (veja abaixo) a cada dois anos e obter 20 (BCaBA) ou 32 (BCBA, BCBA-D) horas* de educação continuada a cada dois anos, quatro dessas horas precisam ser relacionadas a ética profissional. Organizações que empregam Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes devem apoiar e fornecer este treinamento conforme necessário.



**créditos de ed. continuada a cada 2 anos*

Procedimentos Disciplinares

Certificantes pelo BACB precisam relatar regularmente qualquer assunto que possa afetar o seu cumprimento ético. Os critérios éticos do BACB podem ser encontrados em www.bacb.com.

O BACB usa um sistema de reclamação online pelo qual a organização é alertada sobre potenciais violações disciplinares. Cada reclamação é avaliada pelo departamento jurídico do BACB e depois, com base no seu mérito, é encaminhada a um comitê para análise e processamento. Os membros do comitê são BCBA ou BCBA-Ds seniors selecionados por seus conhecimentos e independência, e quando aconselhável, inclui um membro da região do certificando. Ações disciplinares para certificantes incluem, mas não estão limitadas a consultoria de aconselhamento, educação continuada obrigatória, suspensão da certificação ou revogação da certificação. Resultados das ações disciplinares são relatadas publicamente online.

Licença de Analistas do Comportamento

As credenciais ou diretrizes da certificação do BACB são atualmente a base para o licenciamento nos estados dos Estados Unidos (EUA) onde Analistas do Comportamento são licenciados. Baseando o licenciamento nas credenciais do BACB tem bom custo-benefício e garante que competências críticas em relação à prática e pesquisa são periodicamente revisadas e atualizadas por profissionais e pesquisadores. Quer seja usado como base para o licenciamento ou como uma credencial "independente", as credenciais de certificação do BACB são reconhecidas nos estados onde as leis de reforma de seguro de saúde foram promulgadas e em outros estados também.



SEÇÃO 2: **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

A Análise do Comportamento Aplicada é uma disciplina bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas, com um corpo de conhecimento científico substancial, com diretrizes estabelecidas para a prática baseada em evidências, com métodos distintos de prestação de serviços, com critérios educacionais e experiência reconhecidos para a prática e com critérios necessários identificados para a educação nas universidades. Os profissionais da ABA se dedicam ao uso específico e abrangente de princípios de aprendizagem, incluindo a aprendizagem operante e respondente, para atender às necessidades de indivíduos com TEA em diversos ambientes. Os serviços são prestados e supervisionados por Analistas do Comportamento com especialização e treinamento formal em ABA para o tratamento específico do TEA.

1 Identificando ABA

Financiadores e gestores de saúde precisam ser capazes de reconhecer as seguintes características centrais da ABA:

1. Uma avaliação objetiva e análise da condição do cliente pela observação de como o ambiente afeta o comportamento do cliente, conforme evidenciado por meio da coleta de dados adequada.
2. Importância dada a compreensão do contexto do comportamento e o valor do comportamento para o indivíduo, família e comunidade.
3. Utilização dos princípios e procedimentos da análise do comportamento de forma que a saúde do cliente, independência e qualidade de vida sejam melhoradas.
4. Avaliação objetiva, consistente e contínua e análise dos dados para informar a tomada de decisão clínica.

2 Elementos Essenciais para a Prática da ABA

As quatro características principais listadas anteriormente devem ser evidentes em todas as fases da avaliação e do tratamento manifestando-se nos seguintes elementos essenciais da prática profissional:

1. **Avaliação abrangente** que descreve os níveis específicos do comportamento durante a linha de base e informa o subsequente estabelecimento dos objetivos do tratamento.
2. **Uma ênfase na compreensão do valor atual e futuro** (ou relevância social) do(s) comportamento(s) selecionado(s) para tratamento.
3. Um enfoque prático no **estabelecimento de pequenas unidades de comportamento**, que de forma cumulativa, levam a mudanças mais significativas no funcionamento relacionados à melhoria da saúde e níveis de independência.
4. Coleta, quantificação e análise de **dados observados diretamente** em comportamentos alvo durante tratamento e acompanhamento para maximizar e manter o progresso em direção aos objetivos do tratamento
5. Esforços para **delinear, estabelecer e gerenciar o(s) ambiente(s) social(is) e de aprendizagem** para minimizar comportamento(s) problema e maximizar a taxa de progresso em direção a todos os objetivos.
6. Uma abordagem para o tratamento do comportamento problema que **conecta a função** (ou o motivo) do comportamento às estratégias de intervenção programadas.
7. Uso de um **plano de tratamento analítico-comportamental cuidadosamente construído, individualizado e detalhado** que utiliza reforçamento e outros princípios comportamentais e exclui o uso de métodos ou técnicas que não tenham consenso sobre sua eficácia com base na evidência das publicações revisadas por pares.
8. Uso de **protocolos de tratamento que são implementados repetidamente, frequentemente e consistentemente** através dos ambientes até que os critérios de alta sejam atendidos.
9. Uma ênfase na **avaliação direta contínua e frequente, análise e ajustes no plano de tratamento** (pelo Analista do Comportamento) com base no progresso do cliente, conforme determinado por observações e análise objetiva dos dados.
10. **Apoio direto e treinamento de familiares e outros profissionais envolvidos** para promover funcionamento otimizado e promover generalização e manutenção de melhorias comportamentais.
11. Uma **infraestrutura abrangente para supervisão** de toda avaliação e tratamento por um Analista do Comportamento.



3 Modelos de Tratamento

Os programas de tratamento ABA para o TEA incorporam descobertas de centenas de estudos aplicados focados na compreensão e tratamento do TEA publicados em periódicos revisados por pares ao longo de um período de mais de 50 anos. O tratamento pode variar em termos de intensidade e duração, complexidade e alcance dos objetivos do tratamento, e da extensão do tratamento fornecido diretamente. Muitas variáveis, incluindo o número, complexidade e intensidade dos comportamentos alvo e a própria resposta do cliente ao tratamento ajuda a determinar qual modelo é o mais apropriado. Embora os modelos de tratamento sejam existentes em um contínuo, estas diferenças podem ser geralmente categorizadas como um dos dois modelos de tratamento: Tratamento ABA Focado ou Abrangente.³

Tratamento ABA Focado

Descrição do Serviço

ABA Focado refere-se ao tratamento fornecido diretamente ao cliente para um número limitado de comportamentos alvo. Isto não é restrito por condições de idade, nível cognitivo ou comorbidades.

O tratamento ABA Focado pode envolver o aumento de comportamento socialmente apropriado (por exemplo, aumento de iniciações sociais) ou redução de comportamento problema (por exemplo, agressão) como alvo principal. Mesmo quando a redução do comportamento problema é o objetivo principal, é fundamental também focar no aumento dos comportamentos alternativos apropriados, porque a ausência de comportamentos apropriados é muitas vezes o precursor de distúrbios comportamentais graves. Portanto, o tratamento ABA Focado também é adequado para indivíduos que precisam adquirir habilidades (por exemplo, comunicação, tolerância de mudanças nos ambientes e em atividades, autoajuda, habilidades sociais).

Os planos do ABA Focado são apropriados para indivíduos que (a) precisam apenas de tratamento para um número limitado de habilidades funcionais ou (b) têm um comportamento problema tão agudo que seus tratamentos devem ser priorizados.

Tratamento ABA Focado pode envolver aumento de comportamento socialmente apropriado... ou redução de comportamento problema.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Focado, cont.

Exemplos de habilidades funcionais importantes incluem, mas não estão limitados ao, estabelecimento de seguimento de instruções, habilidades de comunicação social, seguimento de procedimentos médicos e odontológicos, higiene do sono, habilidades de autocuidado, habilidades de segurança e habilidades de lazer independentes (por exemplo, participação apropriada em atividades da família e da comunidade). Exemplos de comportamentos problema graves que requerem intervenção focada incluem, mas não estão limitados a, autolesão, agressão, ameaças, pica, fuga, distúrbios alimentares, comportamento estereotipado motor ou vocal, destruição de propriedade, oposição em seguir as rotinas básicas e comportamento disruptivo ou comportamento disfuncional social.

Ao priorizar a ordem para abordar múltiplos alvos do tratamento, o seguinte deve ser considerado:

- **Comportamento que ameace a saúde ou segurança do cliente ou outros ou que constitua uma barreira à qualidade de vida** (por exemplo, agressão severa, automutilação, destruição de propriedade, ou oposição);
- **Ausência de habilidades adaptativas, sociais ou funcionais adequadas ao desenvolvimento que são fundamentais para manter a saúde, inclusão social e maior independência** (por exemplo, ir ao banheiro, vestir-se, alimentar-se e seguir os procedimentos médicos).

Quando o foco do tratamento envolve o aumento do comportamento socialmente apropriado, o tratamento pode ser administrado tanto em formato individual ou grupo pequeno. Quando conduzido em um grupo pequeno, pares com desenvolvimento típico ou indivíduos com diagnósticos semelhantes podem participar da sessão. Membros da equipe analítico-comportamental podem orientar a prática dos objetivos comportamentais entre os clientes e outras pessoas que participam das sessões. Como em todos os tratamentos, é essencial programar a generalização das habilidades para fora da sessão.

Quando o foco do tratamento envolve a redução de comportamento problema grave, o Analista do Comportamento irá determinar quais são as situações mais prováveis de precipitar um comportamento problema e, com base nessas informações, começar a identificar seu potencial propósito (ou “função”). Isso pode exigir a realização de um procedimento de análise funcional para empiricamente demonstrar a função do comportamento problema. Os resultados permitem que o Analista do Comportamento desenvolva o protocolo de tratamento mais eficaz. Quando a função do comportamento problema for identificada, o Analista do Comportamento elaborará um plano de tratamento que altere o ambiente para reduzir a motivação para o comportamento problema e/ou estabeleça um comportamento novo mais apropriado que tenha a mesma função e, portanto, “substitui” o comportamento problema.

Em alguns casos, indivíduos com TEA exibem transtornos graves de comportamento concomitantes que requerem um tratamento focado em ambientes mais intensivos, como ambulatórios especializados, tratamento dia, programas residenciais ou de internação. Nestes casos, estes transtornos de comportamento têm diagnósticos separados e distintos (por exemplo, Transtorno do Movimento Estereotipado com comportamento de autolesão grave). Os serviços ABA prestados nesses ambientes geralmente exigem taxas mais altas de funcionários por cliente (por exemplo, dois a três funcionários para cada cliente) e orientação de perto, no próprio local, do Analista do Comportamento. Além disso, esses programas de tratamento muitas vezes têm ambientes de tratamento especializados (por exemplo, salas de tratamento projetadas para observação e para manter os clientes e os funcionários o mais seguro possível).

Tratamento ABA Abrangente

Descrição do Serviço

ABA Abrangente refere-se ao tratamento dos vários domínios do desenvolvimento afetados, como cognitivo, comunicativo, social, emocional e funcionamento adaptativo. Comportamentos mal-adaptativos, como oposição, birra e estereotipia também costumam ser o foco do tratamento. Embora existam diferentes tipos de tratamento abrangente, um exemplo é a intervenção comportamental precoce e intensiva, onde o objetivo maior é fechar a lacuna entre o nível de funcionamento do cliente e dos pares com desenvolvimento típico. Esses programas tendem a variar de 30-40 horas de tratamento por semana (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento de cuidadores). Inicialmente, este modelo de tratamento normalmente envolve um profissional 1:1 cliente e gradualmente inclui formato de pequenos grupos conforme apropriado. O Tratamento Abrangente também pode ser apropriado para indivíduos mais velhos diagnosticados com TEA, particularmente se eles engajam em comportamentos graves ou perigosos em vários ambientes.

Inicialmente, o tratamento é normalmente fornecido em sessões de terapia estruturadas, que são integradas com métodos mais naturalísticos conforme apropriado. Quando o cliente progride e alcança os critérios estabelecidos para participação em ambientes maiores ou diferentes, o tratamento nesses ambientes e na comunidade mais ampla devem ser fornecidos. Treinar membros da família e outros cuidadores para gerenciar comportamentos problema e interagir com o indivíduo com TEA de forma terapêutica é um componente crítico deste modelo de tratamento.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Abrangente, cont.

Componentes Típicos do Programa

Os componentes do tratamento devem geralmente refletir as seguintes áreas (ordenados alfabeticamente):

- Assertividade e independência
- Atenção compartilhada e referência social
- Auto gerenciamento
- Desenvolvimento emocional
- Funcionamento cognitivo
- Habilidades adaptativas e de autocuidado
- Habilidades de brincadeiras e lazer
- Habilidades de enfrentamento e tolerância
- Habilidades de segurança pessoal
- Habilidades pré-acadêmicas
- Habilidades vocacionais
- Linguagem e comunicação
- Participação na comunidade
- Redução de comportamentos de interferências ou inadequados
- Relações familiares
- Relações sociais

Para informações sobre a intensidade e duração do tratamento para vários Tratamentos Focais e Abrangentes, consulte a Seção 4 (Autorização de Serviço e Dosagem).

4 Variações Dentro Destes Modelos

Os programas de tratamento dentro de qualquer um destes modelos variam ao longo de várias dimensões programáticas, incluindo o grau em que eles são primariamente orientados pelo provedor ou pelo cliente (às vezes descritos como “estruturado vs. naturalista”). Outras variações incluem até que ponto os pares ou pais estão envolvidos na administração do tratamento. Finalmente, alguns diferem em grau no sentido de que fazem parte de uma “marca” disponível comercialmente.

As decisões sobre como essas várias dimensões são implementadas nos planos de tratamento individuais precisam refletir muitas variáveis, incluindo a base de pesquisa, a idade do cliente, aspectos específicos dos comportamentos alvo, a taxa de progresso do cliente, demonstração de habilidades pré-requisitos e recursos necessários para dar suporte a implementação do plano de tratamento através de contextos.

5 Procedimentos ABA Empregados Nestes Modelos

Um grande número de procedimentos ABA são rotineiramente empregados dentro dos modelos descritos anteriormente. Eles diferem uns dos outros em sua complexidade, especificidade e na extensão em que foram projetados primariamente para uso com indivíduos diagnosticados com TEA. Todos são baseados nos princípios da ABA e são empregados com flexibilidade determinada pelo plano de tratamento específico de cada indivíduo e sua resposta ao tratamento. Se um procedimento ABA ou combinação de procedimentos ABA não estão produzindo os resultados desejados, um procedimento diferente pode ser sistematicamente implementado e sua eficácia pode ser avaliada.

Estes procedimentos incluem diferentes tipos de reforçamento e esquemas de reforçamento, reforçamento diferencial, modelagem, encadeamento, momento comportamental, dicas e esvanecimento, treinamento de habilidades comportamentais, extinção, treinamento de comunicação funcional, ensino por tentativa discreta, ensino incidental, auto gerenciamento, avaliação funcional, avaliações de preferência, rotina de atividades, generalização e procedimentos de manutenção, entre muitos outros (consulte *BACB Fourth Edition Task List*). O campo da análise do comportamento está constantemente desenvolvendo e avaliando procedimentos aplicados para mudança de comportamento.

6 Locais Onde o Tratamento é Realizado

O padrão de cuidado prevê que o tratamento seja realizado consistentemente em múltiplos ambientes para promover generalização e manutenção dos benefícios terapêuticos. Nenhum modelo ABA é específico para um determinado local e todos podem ser realizados em uma variedade de ambientes, incluindo instalações residenciais, internação e programas ambulatoriais, casas, escolas, transporte e locais na comunidade. Tratamento em vários ambientes com adultos, irmãos e/ou colegas com desenvolvimento típico, sob a supervisão de um Analista do Comportamento, dá suporte a generalização e manutenção de ganhos terapêuticos. Deve-se notar que o tratamento pode ocorrer em múltiplos ambientes (por exemplo, casa, comunidade e transporte) no mesmo dia. O tratamento não deve ser negado ou suspenso porque um cuidador não pode estar no local do tratamento consistentemente.

Para garantir a continuidade do atendimento, tratamento e consultoria em ABA devem ser realizados em ambientes educacionais e terapêuticos subsequentes (por exemplo, residência para a escola, hospital para casa) para dar suporte e fazer a transição de indivíduos com sucesso.

		POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO				
		CASA	ESCOLA & COMUNIDADE	CLÍNICA/ AMBULATÓRIO	INSTALAÇÕES DE TRATAMENTO RESIDENCIAL	HOSPITAL/ INTERNAÇÃO
MODELOS DE TRATAMENTO	FOCADO	✓	✓	✓	✓	✓
	ABRANGENTE	✓	✓	✓	✓	✓

7 Idade do Cliente

O tratamento deve ser baseado nas necessidades clínicas do indivíduo e não deve ser restrito pela idade. Tratamento ABA consistente deve ser fornecido assim que possível após o diagnóstico e, em alguns casos, os serviços se justificam antes do diagnóstico. Há evidências de que o quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo. Além disso, ABA é eficaz ao longo da vida. Pesquisas não estabeleceram um limite de idade a partir do qual ABA é ineficaz.

Há evidências de que quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo.

8 Combinando ABA com Outras Formas de Tratamento

Os resultados de vários estudos mostram que um modelo eclético, onde ABA é combinado com tratamentos que não são baseados em evidências, é menos eficaz do que a ABA sozinha. Portanto, planos de tratamento que combinam ABA com procedimentos adicionais que carecem de evidências científicas, conforme estabelecido por publicações revisadas por pares devem ser considerados ecléticos e não constituem um tratamento ABA.





SEÇÃO 3: **AVALIAÇÃO, FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS DE TRATAMENTO, E MENSURAÇÃO DO PROGRESSO DO CLIENTE**

1 O Processo de Avaliação

O desenvolvimento apropriado do processo de avaliação ABA precisa identificar os pontos fortes e fracos em todos os domínios e potenciais barreiras para o progresso. As informações deste processo são a base para o desenvolvimento do plano de tratamento ABA individualizado. Uma avaliação ABA normalmente utiliza informações obtidas por múltiplos métodos e múltiplos informantes, incluindo os seguintes:

Revisão de Arquivo

Informações sobre as condições médicas, resultados de avaliações anteriores, resposta a tratamentos anteriores e outras informações relevantes devem ser obtidas por meio de revisão de arquivo e incorporadas no desenvolvimento dos objetivos do tratamento e intervenção. Exemplos de avaliações que devem ser revisadas incluem testes intelectuais e de desempenho, avaliações de desenvolvimento, avaliações de diagnóstico de transtornos mentais em comorbidade e avaliações de funcionamento e necessidades da família. Em alguns casos, se as informações de avaliação estiverem incompletas, o Analista do Comportamento deve encaminhar o cliente a outros profissionais para as avaliações necessárias.

Entrevistas e Escalas de Avaliação

Clientes, cuidadores e outras partes interessadas, conforme apropriado, são incluídos na seleção de objetivos do tratamento, desenvolvimento de protocolos e avaliação de progresso. Analistas do Comportamento usam entrevistas, escalas de avaliação e medidas socialmente relevantes para avaliar as percepções dos deficits de habilidades e excessos comportamentais do cliente, e até que ponto esses deficits e excessos comprometem a vida do indivíduo e da família. Exemplos de escalas de avaliação incluem avaliações de comportamento adaptativo, avaliações funcionais, entre outras.

O Processo de Avaliação, cont.

Avaliação Direta e Observação

Observação direta, coleta e análise de dados são características definidoras da ABA. A análise de tais dados servem como base primária para identificar níveis de funcionamento pré-tratamento, desenvolver e adaptar os protocolos de tratamento de forma contínua e avaliar a resposta ao tratamento e o progresso em direção aos objetivos. O comportamento deve ser observado diretamente em uma variedade de ambientes naturais relevantes e em interações estruturadas. Exemplos de avaliações diretas estruturadas incluem avaliação curricular, observações estruturadas de interações sociais, entre outros.

Avaliação de Outros Profissionais

Avaliações periódicas de outros profissionais podem ser úteis para orientar o tratamento ou avaliar progresso. Exemplos podem incluir avaliação do funcionamento intelectual geral, condições médicas, desempenho acadêmico, entre outros.

2 Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento

Os objetivos são priorizados com base em suas implicações para a saúde e bem-estar do cliente, o impacto no cliente, na segurança da família e da comunidade e da contribuição para a independência funcional. Os objetivos do tratamento ABA são identificados com base no processo de avaliação descrito anteriormente. Cada objetivo deve ser definido de uma forma específica e de maneira mensurável que permita a avaliação frequente do progresso em direção a um critério de domínio específico. O número e complexidade de objetivos devem ser consistentes com a intensidade e ambiente da prestação de serviços. A adequação de objetivos existentes e de novos objetivos devem ser considerados periodicamente.

O sistema de mensuração para acompanhar o progresso em direção aos objetivos deve ser individualizado para o cliente, para o contexto de tratamento, para as características críticas do comportamento e para os recursos disponíveis no ambiente do tratamento. Medidas específicas, observáveis e quantificáveis devem ser coletadas para cada objetivo e devem ser sensíveis o suficiente para capturar mudanças significativas de comportamento em relação aos objetivos finais do tratamento.

Os resultados das avaliações padronizadas podem ser usados para monitorar o progresso em direção aos objetivos do tratamento de longo prazo. No entanto, pontuações de QI e outras avaliações globais não são apropriadas como únicos determinantes da resposta ou não resposta do indivíduo ao tratamento ABA. Muitos indivíduos podem mostrar um progresso substancial em importantes características do transtorno (por exemplo, linguagem funcional,

Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento, cont.

funcionamento social, comportamento repetitivo, comportamento adaptativo, segurança e bem-estar e comorbidade de transtorno mental) sem uma mudança substancial em medidas de funcionamento intelectual. Assim, as pontuações em tais avaliações não devem ser usadas para negar ou interromper o tratamento ABA.

3 Avaliação Funcional do Comportamento Problema

Quando um cliente apresenta comportamento problema em um nível que é prejudicial ao meio ambiente ou perigoso para o cliente ou outros, uma avaliação funcional é necessária. A avaliação funcional se refere ao processo geral de identificação de aspectos do meio ambiente que podem contribuir para o desenvolvimento e para a continuidade da ocorrência de comportamento problema. Ou seja, a avaliação funcional é delineada para identificar onde, quando e os prováveis motivos pelos quais um comportamento problema ocorre. Essas informações são, então, diretamente incorporadas ao plano de tratamento de problemas comportamentais na forma de uma intervenção baseada em funções.

- O processo de avaliação funcional tipicamente inclui múltiplas fontes de informação, como entrevistas com cuidadores, escalas de avaliação e coleta de dados de observação direta e consideração de possíveis condições médicas que podem afetar o comportamento problema.
- A observação direta pode assumir a forma de avaliação das interações contínuas presentes no ambiente natural ou a forma de uma análise funcional.
- A análise funcional refere-se à modificação direta de eventos ambientais e avaliação do impacto dessas mudanças no nível do comportamento problema por meio de observação direta. As análises funcionais podem ser complexas e podem exigir taxas mais altas de funcionários e maior direcionamento do Analista do Comportamento.

4 Duração e Frequência da Avaliação

O processo de avaliação necessário para o desenvolvimento inicial de programas de tratamento Abrangente pode levar 20 horas ou mais. Avaliações subsequentes e avaliações para tratamentos focados que envolvem um pequeno número de objetivos descomplicados geralmente requerem menos horas. O processo de avaliação funcional para comportamentos problema graves costuma ser complexo e pode exigir durações consideravelmente mais longas.

A avaliação do progresso geral em direção aos objetivos abrangentes do tratamento deve ser resumida em intervalos regulares (por exemplo, semestralmente).



SEÇÃO 4: AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇO E DOSAGEM

1 Autorização de Serviço

Normalmente os períodos de autorização não devem ser inferiores a seis meses e podem envolver alguns ou todos os seguintes serviços. Se houver alguma dúvida quanto à adequação ou eficácia da ABA para um determinado cliente, uma revisão dos dados do tratamento pode ser realizada com mais frequência (por exemplo, após três meses de tratamento). Além disso, se a revisão clínica de terceiros (também conhecida como revisão por pares) for exigida por um financiador ou gerente de saúde, o revisor deve ser um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.

A lista a seguir representa serviços comuns* que devem ser autorizados para o resultado otimizado do tratamento. Outros podem ser apropriados.

1. Avaliação Analítica-Comportamental
2. Desenvolvimento e Modificação do Plano de Tratamento
3. Tratamento Direto para Indivíduos ou Grupos com Implementação por Analistas do Comportamento e/ou Técnicos Comportamentais.
4. Supervisão (tanto direta quanto indireta) por Analistas do Comportamento
5. Viagem para Garantir Acesso Equitativo aos Serviços (por exemplo, áreas rurais e carentes)
6. Treinamento de Pais e Cuidadores Comunitários para Indivíduos ou Grupos
7. Consultoria para Garantir Continuidade e/ou Coordenação de Tratamento
8. Planejamento de Alta

*Estes serviços podem ser efetivamente entregues via telemedicina em jurisdições que permitem tais sistemas de entrega.

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 1 de 2)

I. Informações do Paciente

II. Motivo para Encaminhamento

III. Breves Informações Básicas

- a. Dados demográficos (nome, idade, sexo, diagnóstico)
- b. Informações sobre moradia
- c. Informações sobre casa/escola/trabalho

IV. Entrevista Clínica

- a. Coleta de informações sobre comportamentos problema, incluindo o desenvolvimento de definições operacionais da área de preocupação principal e informações sobre possível função do comportamento

V. Revisão de Avaliações Recentes/Relatórios (revisão de arquivo)

- a. Qualquer avaliação comportamental funcional recente, teste cognitivo e/ou relatórios de progresso

VI. Procedimentos de Avaliação e Resultados

- a. Breve descrição das avaliações, incluindo sua finalidade
 - AVALIAÇÕES INDIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
 - AVALIAÇÕES DIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
- b. Os comportamentos alvo são definidos operacionalmente, incluindo os níveis de linha de base

VII. Plano de Tratamento (ABA Focado)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Definição operacional para cada comportamento e objetivo
- c. Especifique os procedimentos de manejo do comportamento (ou seja, redução e/ou aquisição de comportamento):
 - Intervenções baseadas em antecedentes
 - Intervenções baseadas em consequências
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 2 de 2)

VIII. Plano de Tratamento (Aquisição de Habilidades - ABA Abrangente)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Métodos instrucionais a serem usados
- c. Definição operacional para cada habilidade
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

IX. Treinamento de Pais/Cuidadores

- a. Especifique os procedimentos de treinamento dos pais
- b. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- c. Objetivos e metas propostas*

X. Número de Horas Solicitadas

- a. Número de horas necessárias para cada serviço
- b. Resumo clínico que justifica horas solicitadas
- c. Códigos de faturamento solicitados (por exemplo, CPT, HCPCS)

XI. Coordenação de Tratamento

XII. Plano de Transição

XIII. Plano de Alta

XIV. Plano de Crise

*Cada objetivo e meta precisa incluir:

- Nível atual (linha de base)
- O comportamento dos pais/cuidadores que é esperado que seja demonstrado, incluindo a condição sob a qual deve ser demonstrado e critérios de domínio (a meta ou o objetivo)
- Data de introdução
- Data estimada de domínio
- Especificar plano para generalização
- Reportar objetivo como cumprido, não cumprido, modificado (incluir explicação)

2 Dosagem do Tratamento

A dosagem do tratamento, que muitas vezes é referenciada na literatura de tratamento como “intensidade,” irá variar com cada cliente e deve refletir aos objetivos do tratamento, as necessidades específicas do cliente e a resposta ao tratamento. A dosagem do tratamento deve ser considerada em duas categorias distintas: intensidade e duração.

Intensidade

A intensidade é tipicamente medida em termos de número de horas por semana de tratamento direto. Intensidade frequentemente determina se o tratamento se enquadra na categoria de Focado ou Abrangente.

Tratamento Focado ABA

ABA Focado geralmente varia de **10–25 horas por semana** de tratamento direto (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento do cuidador). No entanto, certos programas para comportamento destrutivo severo **podem exigir mais de 25 horas por semana** de terapia direta (por exemplo, tratamento diurno ou programa de internação para comportamento autolesivo grave).

Tratamento ABA Abrangente

O tratamento geralmente envolve um nível de intensidade de **30–40 horas de tratamento direto 1:1 para o cliente por semana**, não incluindo treinamento de cuidadores, supervisão e outros serviços necessários. Contudo, crianças muito pequenas podem começar com poucas horas de terapia por dia com o objetivo de aumentar a intensidade da terapia conforme permita sua capacidade de tolerar e participar. Horas de tratamento são subsequentemente aumentadas ou diminuídas com base na resposta do cliente ao tratamento e às necessidades atuais. As horas podem ser aumentadas para atingir com mais eficiência os objetivos do tratamento. Diminuição em horas de terapia por semana tipicamente ocorre quando um cliente atingiu a maioria dos objetivos do tratamento e está movendo em direção a alta.

Dosagem do Tratamento, cont.

Embora o número recomendado de horas de terapia possa parecer alto, isso é baseado em achados de pesquisas sobre a intensidade necessária para produzir bons resultados. Também deve ser notado que o tempo gasto ausente da terapia pode resultar no indivíduo ficando ainda mais para trás na trajetória do desenvolvimento típico. Tais atrasos provavelmente resultarão em aumento de custos e maior dependência de serviços mais intensivos ao longo de sua vida.

Duração

A duração do tratamento é gerenciada de forma eficaz avaliando a resposta do cliente ao tratamento. Esta avaliação pode ser conduzida antes da conclusão de um período de autorização. Alguns indivíduos continuarão a demonstrar necessidade clínica e a requerer tratamento contínuo durante múltiplos períodos de autorização. Veja a Seção 8 para informações sobre o planejamento de alta.



SEÇÃO 5: MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CAMADAS E TÉCNICOS COMPORTAMENTAIS

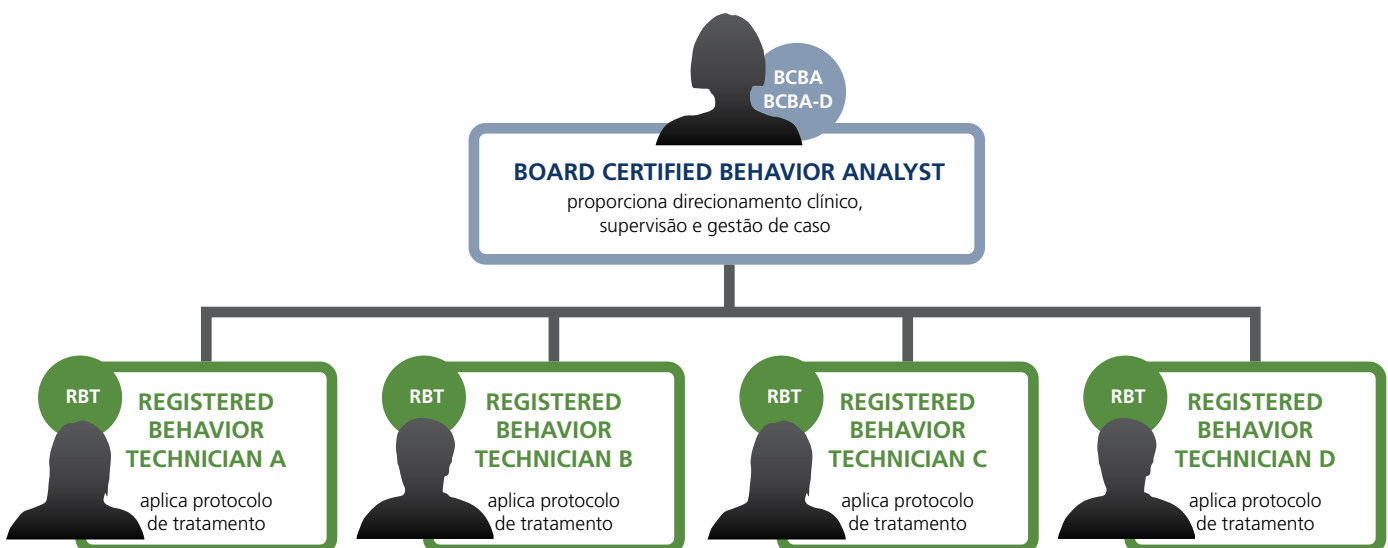
A maioria dos programas de tratamento ABA envolvem um modelo de prestação de serviços em camadas em que o Analista do Comportamento delinea e supervisiona um programa de tratamento fornecido por Analistas Comportamentais Assistentes e Técnicos Comportamentais.

1 Descrição de um Modelo de Entrega de Serviço em Camadas

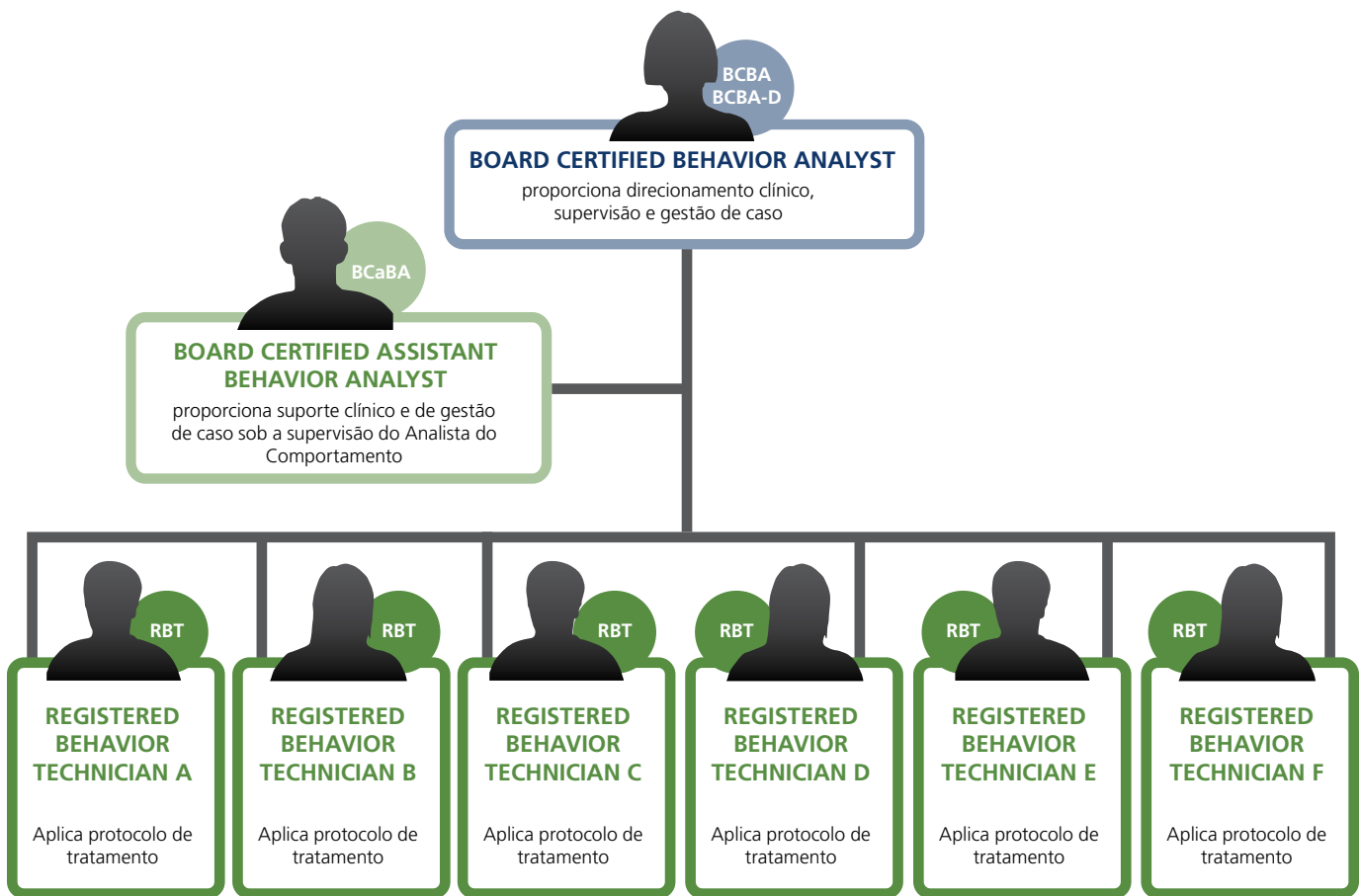
As atividades clínicas, de supervisão e de gerenciamento de caso do Analista do Comportamento são frequentemente apoiadas por outro pessoal, como Analistas Comportamentais Assistentes que trabalham dentro do escopo de seu treinamento, prática e competência.

A seguir estão dois exemplos de modelos de entrega de serviço em camadas (entre outros), uma abordagem organizacional para entrega de tratamento considerada com bom custo-benefício na entrega de resultados desejados.

No primeiro exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento supervisiona uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



No segundo exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento é auxiliado por um Analista do Comportamento Assistente; os dois supervisionam em conjunto uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



Esses modelos assumem o seguinte:

1. O BCBA ou BCBA-D é responsável por todos os aspectos da direção clínica, supervisão e gestão de caso, incluindo atividades do pessoal de apoio (por exemplo, um BCaBA) e Técnicos Comportamentais.
2. O BCBA ou BCBA-D precisam ter conhecimento das habilidades de cada membro da equipe de tratamento para efetivamente realizar as atividades clínicas antes de delegá-las.
3. O BCBA e o BCBA-D devem estar familiarizados com as necessidades e plano de tratamento do cliente e regularmente observar o Técnico Comportamental implementando o plano, independentemente se houver ou não apoio clínico fornecido por um BCaBA.

2 Raciocínio para um Modelo de Entrega de Serviços em Camadas

- Modelos de entrega de serviço em camadas que contam com o uso de Analistas do Comportamento Assistentes e Técnicos Comportamentais têm sido o principal mecanismo para alcançar muitas das melhorias significativas em domínios cognitivos, linguísticos, sociais, comportamentais e adaptativos que foram documentados na literatura revisada por pares.⁴
- O uso de Analistas Comportamentais Assistentes e de Técnicos Comportamentais cuidadosamente treinados e bem supervisionados é uma prática comum no tratamento ABA.^{5,6}
- Seu uso produz níveis de serviço com maior custo-benefício pela duração do tratamento.
- O uso de um modelo de prestação de serviços em camadas permite financiadores e gestores de saúde garantir redes de prestadores adequados e fornecer tratamento médico necessário.
- Além disso, isso permite que se proporcione especialidade suficiente para cada cliente em cada nível necessário para alcançar os objetivos do tratamento. Isso é crítico, já que o nível de supervisão requerido pode mudar rapidamente em resposta ao progresso ou necessidades do cliente.
- Modelos de prestação de serviços em camadas também podem ajudar na entrega de tratamento para famílias em áreas rurais e áreas carentes, bem como clientes e famílias com necessidades complexas.

3 Seleção, Treinamento e Supervisão de Técnicos Comportamentais

- Os Técnicos Comportamentais devem receber treinamento formal e específico antes de fornecer o tratamento. Uma maneira de garantir esse treinamento é através da credencial de *Registered Behavior Technician* (veja a página 30).
- A atribuição de caso deve corresponder às necessidades do cliente com o nível de habilidade e experiência do Técnico Comportamental. Antes de trabalhar com um cliente, o Técnico Comportamental precisa ser suficientemente preparado para aplicar os protocolos de tratamento. Isso inclui uma revisão feita pelo Analista do Comportamento do histórico do cliente, programas de tratamento atuais, protocolos de redução de comportamento, procedimentos de coleta de dados, etc.
- O número de casos atribuídos para os Técnicos Comportamentais são determinados por:
 - complexidade dos casos
 - experiência e habilidades do Técnico Comportamental
 - número de horas por semana em que o Técnico Comportamental está empregado
 - intensidade de horas de terapia que o cliente está recebendo
- A qualidade da implementação (verificações de integridade do tratamento) deve ser monitorada continuamente. Isso deve ser feito com maior frequência para novos funcionários, quando um novo cliente é admitido ou quando um cliente tem comportamentos problema ou protocolos de tratamento complexos estão envolvidos.
- Os Técnicos Comportamentais devem receber supervisão e direcionamento clínico sobre os protocolos de tratamento semanalmente para casos complexos ou mensalmente para casos mais rotineiros. Esta atividade pode ocorrer durante reuniões informativas com outros membros da equipe de tratamento, incluindo o Analista do Comportamento supervisor, ou individualmente e com ou sem a presença do cliente. A frequência e o formato devem ser ditados por uma análise das necessidades de tratamento do cliente para otimizar progresso.
- Embora as qualificações de contratação e o treinamento inicial sejam importantes, precisa haver observação contínua, treinamento e direcionamento para manter e melhorar as habilidades do Técnico Comportamental durante a implementação do tratamento baseado em ABA.

Critérios para a Credencial de *Registered Behavior Technician* (RBT)

Critérios de Elegibilidade

Os candidatos à credencial RBT devem:

- ter pelo menos 18 anos de idade
- possuir no mínimo um diploma de ensino médio ou equivalente nacional
- concluir com êxito uma verificação de registro de antecedentes criminais no momento da inscrição
- completar um programa de treinamento de 40 horas (conduzido por um profissional certificado pelo BACB) com base na lista de tarefas para RBT
- passar na *RBT Competency Assessment* administrada por um profissional certificado pelo BACB

Critérios de Prática Contínua

Os RBTs devem:

- receber supervisão contínua de um profissional certificado pelo BACB por um mínimo de 5% das horas usadas para a prestação de serviços ABA por mês (incluindo pelo menos dois contatos de supervisões presenciais síncronos)
- obedecer a um subconjunto do código de ética, *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*, do BACB identificados como relevantes para RBTs



SEÇÃO 6: SUPERVISÃO DE CASO

O tratamento ABA é frequentemente caracterizado pelo número de horas de tratamento direto por semana. No entanto, é também fundamental considerar os níveis requeridos de horas adicionais de supervisão de caso (também conhecida como direção clínica) pelo Analista do Comportamento. A supervisão de caso começa com a avaliação e continua até a alta do cliente. O tratamento ABA requer níveis comparativamente altos de supervisão de caso para garantir resultados eficazes por causa da (a) natureza individualizada do tratamento, (b) do uso de um modelo de prestação de serviços em camadas, (c) da dependência de coleta e análise de dados do cliente frequentes, e (d) da necessidade de ajustes no plano de tratamento.

Esta seção irá descrever as atividades de supervisão de caso que são individualizadas para o cliente e clinicamente necessárias para atingir os objetivos do tratamento. Atividades organizacionais de rotina (por exemplo, controle de horário de chegada e de saída, avaliações de funcionário, entre outros) que não estão envolvidos no tratamento clínico individualizado não estão incluídos aqui.

1 Atividades de Supervisão de Caso

As atividades de supervisão de caso podem ser descritas como aquelas que envolvem o contato com o cliente ou cuidadores (supervisão direta, também conhecida como direção clínica) e aquelas que não necessitam de um contato direto com o cliente ou cuidadores (supervisão indireta). Ambas atividades de supervisão de caso diretas e indiretas são críticas para produzir bons resultados de tratamento e devem ser incluídas nas autorizações de serviço. Deve-se notar que a supervisão direta do caso ocorre simultaneamente com a entrega de tratamento direto ao cliente. Em média, o tempo de supervisão direta é responsável por 50% ou mais da supervisão de caso.

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

A lista abaixo, embora não seja exaustiva, identifica algumas das atividades de supervisão de caso mais comuns:

OBSERVAR

MONITORAR

DIRECIONAR

ANALISAR

AVALIAR

COORDENAR

DESENVOLVER

REVISAR

Atividades de Supervisão Direta

- Observar diretamente a implementação do tratamento para possível revisão do programa
- Monitorar a integridade do tratamento para garantir implementação satisfatória dos protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente presente)

Atividades de Supervisão Indireta

- Desenvolver objetivos do tratamento, protocolos e sistemas de coleta de dados
- Resumir e analisar dados⁸
- Avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- Ajustar protocolos de tratamento com base nos dados
- Coordenar atendimento com outros profissionais
- Intervenção de crise
- Relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- Desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta
- Revisão do progresso do cliente com a equipe sem a presença do cliente para aprimorar protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente ausente)

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

Qualificações da Equipe que Presta Supervisão:

ANALISTA DO COMPORTAMENTO

Qualificações

- BCBA-D/BCBA ou licença profissional em áreas relacionadas
- competência em supervisão e desenvolvimento de programas de tratamento ABA para clientes com TEA⁷

Responsabilidades

- resumir e analisar dados
- avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- supervisionar a implementação do tratamento
- ajustar protocolos de tratamento com base em dados
- monitorar a integridade do tratamento
- treinar e consultar com cuidadores e outros profissionais
- avaliar o gerenciamento de riscos e de crises
- garantir a implementação satisfatória de protocolos de tratamento
- relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta

ANALISTA DO COMPORTAMENTO ASSISTENTE

Qualificações

- BCaBA (com preferência)

Responsabilidades

- várias tarefas de supervisão que são delegadas e supervisionadas pelo Analista do Comportamento

2 Modalidade

Algumas atividades de supervisão de caso ocorrem ao vivo; outras podem ocorrer remotamente (por exemplo, por meio de telemedicina ou tecnologias virtuais). No entanto, a telemedicina deve ser combinada com supervisão ao vivo. Além disso, algumas atividades de supervisão de casos são apropriadas para grupos pequenos. Algumas atividades de supervisão de caso indireta são mais eficazes fora do ambiente de tratamento.

3 Dosagem de Supervisão de Caso

Embora a quantidade de supervisão para cada caso deva responder às necessidades individuais do cliente, **duas horas para cada 10 horas de tratamento direto** é o padrão geral de atendimento. Quando o **tratamento direto é de 10 horas por semana ou menos, um mínimo de duas horas por semana** de supervisão de caso é geralmente requerido. Supervisão de caso pode precisar ser aumentada temporariamente para atender as necessidades individuais dos clientes em períodos de tempo específicos durante o tratamento (por exemplo, avaliação inicial, significativa mudança em resposta ao tratamento).

Esta proporção de horas de supervisão de caso para horas de tratamento direto reflete a complexidade dos sintomas do cliente com TEA e a tomada de decisão responsiva, individualizada e baseada em dados que caracteriza o tratamento ABA. Um número de fatores aumenta ou diminui as necessidades de supervisão de caso em curto ou longo prazo. Esses incluem:

- dosagem/intensidade do tratamento
- barreiras ao progresso
- questões de saúde e segurança do cliente (por exemplo, certos deficits de habilidades, comportamento problema perigoso)
- a sofisticação ou complexidade dos protocolos de tratamento
- dinâmica familiar ou ambiente comunitário
- falta de progresso ou aumento da taxa de progresso
- mudanças nos protocolos de tratamento
- transições com implicações para a continuidade de suporte





4 Quantidade de Casos

Os Analistas do Comportamento devem ter uma quantidade de casos que lhes permita fornecer supervisão de caso adequada para facilitar a entrega do tratamento eficaz e garantir a proteção do consumidor. A quantidade de casos para o Analista do Comportamento é normalmente determinada pelos seguintes fatores:

- complexidade e necessidades dos clientes no conjunto de casos
- horas totais de tratamento entregues aos clientes atribuídos ao Analista do Comportamento
- supervisão total do caso e direção clínica exigida pelos casos
- especialização e habilidades do Analista do Comportamento
- localização e modalidade de supervisão e tratamento (por exemplo, centro vs. casa, individual vs. grupo, telemedicina vs. ao vivo)
- disponibilidade da equipe de suporte para o Analista do Comportamento (por exemplo, um BCaBA)

A quantidade de casos recomendada para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Focado

› **Sem suporte de um BCaBA** é 10-15.*

› **Com suporte de um (1) BCaBA** é 16-24.*

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

A quantidade de casos recomendado para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Abrangente

› **Sem apoio de BCaBA** é 6-12.

› **Com o apoio de um (1) BCaBA** é 12-16.

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

* O tratamento Focado para o comportamento problema grave é complexo e requer níveis de supervisão de caso consideravelmente maiores, o que exigirá número de casos menores.



SEÇÃO 7: TRABALHANDO COM CUIDADORES E OUTROS PROFISSIONAIS

1 Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados

Os membros da família, incluindo irmãos e outros cuidadores comunitários devem ser incluídos em várias capacidades e em diferentes pontos durante os programas de tratamento ABA Focado e Abrangente. Além de fornecer informações históricas e contextuais importantes, os cuidadores devem receber treinamento e consultoria durante o tratamento, alta e acompanhamento.

A dinâmica de uma família e como eles são afetados pelo TEA devem ser refletidos em como o tratamento é implementado. Além disso, o progresso do cliente pode ser afetado pela dimensão do apoio dos cuidadores nos objetivos do tratamento fora do horário de tratamento. Sua capacidade de fazer isso será parcialmente determinada por quão bem os protocolos de tratamento estão de acordo com os valores, necessidades, prioridades e recursos da família.

A necessidade de envolvimento, treinamento e apoio da família reflete o seguinte:

- Os cuidadores frequentemente têm uma visão e perspectiva única sobre o funcionamento do cliente, informações sobre preferências e histórico comportamental.
- Os cuidadores podem ser responsáveis pela prestação de cuidados, supervisão e por lidar com comportamentos desafiadores durante todas as horas fora da escola ou um programa de tratamento dia. Uma considerável porcentagem de indivíduos com TEA apresentam padrões de sono atípicos. Portanto, alguns dos cuidadores podem ser responsáveis por garantir a segurança de seus filhos e/ou implementar procedimentos à noite e podem, eles próprios, estar em risco para problemas associados a privação de sono.
- Cuidar de um indivíduo com TEA apresenta muitos desafios para cuidadores e famílias. Estudos documentaram o fato de que pais de crianças e adultos com TEA apresentam níveis mais elevados de estresse do que os de pais com filhos com desenvolvimento típico ou mesmo pais de crianças com outros tipos de necessidades especiais.

Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados, cont.

- Os problemas comportamentais comumente encontrados em pessoas diagnosticadas com TEA (por exemplo, estereotípias, agressão, birra) são secundários aos déficits sociais e de linguagem associados ao TEA, muitas vezes apresentam desafios específicos para os cuidadores enquanto eles tentam manejar seus comportamentos problema. As estratégias parentais típicas são muitas vezes insuficientes para permitir que os cuidadores melhorem ou manejem o comportamento de sua criança, o que pode impedir o progresso da criança em direção a melhores níveis de funcionamento e independência.
- Note que, embora o treinamento da família apoie o plano geral de tratamento, este não é um substituto para o tratamento dirigido e implementado por um profissional.

2 Treinamento de Pais e Cuidadores

O treinamento faz parte dos modelos de tratamento ABA Focado e Abrangente. Embora o treinamento de pai e cuidador às vezes seja fornecido como um tratamento separado, há relativamente poucos clientes para os quais este seria recomendado como a única ou principal forma de tratamento. Isso se deve à gravidade e complexidade dos comportamentos problema e déficits de habilidade que podem acompanhar um diagnóstico de TEA.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA. É comum que os planos de tratamento incluam várias metas e objetivos mensuráveis para os pais e outros cuidadores. O treinamento enfatiza o desenvolvimento de habilidades e suporte para que os cuidadores se tornem competentes na implementação de protocolos de tratamento através de ambientes críticos. O treinamento geralmente envolve uma avaliação comportamental individualizada, uma formulação de caso e, em seguida, apresentações didáticas personalizadas, modelação e demonstrações da habilidade e prática com suporte ao vivo para cada habilidade específica. Atividades em andamento envolvem supervisão e coaching durante a implementação, resolução de problemas conforme surgem e suporte para implementação de estratégias em novos ambientes para garantir ganhos otimizados e promover generalização e manutenção das modificações terapêuticas. Por favor note que tal treinamento não é realizado simplesmente tendo o cuidador ou responsável legal presente durante o tratamento implementado por um Técnico Comportamental.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA.

A seguir estão as áreas comuns para as quais os cuidadores costumam procurar ajuda. Estes são tipicamente tratados em conjunto com um programa de tratamento ABA Focado ou Abrangente.

Treinamento de Pais e Cuidadores, cont.

- Generalização de habilidades adquiridas em ambientes de tratamento para ambientes domésticos e comunitários
- Tratamento de distúrbios de comportamento concomitantes que colocam em risco a saúde e a segurança da criança ou de outras pessoas em ambientes domésticos ou comunitários, incluindo redução de comportamentos auto lesivos ou agressivos contra irmãos, cuidadores ou outros; estabelecimento de comportamentos de substituição que são mais eficazes, adaptáveis e apropriados
- Treinamento de habilidades adaptativas como comunicação funcional, participação em rotinas que ajudam a manter uma boa saúde (por exemplo, participação em exames dentários e médicos, alimentação, sono) incluindo lugares alvos onde é fundamental que estes ocorram
- Gestão de contingências para reduzir comportamentos estereotipados, ritualísticos ou perseverantes e comportamentos funcionais de substituição conforme descrito anteriormente
- Relacionamentos com membros da família, como o desenvolvimento de brincadeiras apropriadas com irmãos

3 Coordenação com Outros Profissionais

A consultoria com outros profissionais ajuda a garantir o progresso do cliente por meio da coordenação de tratamento e garante a consistência, incluindo durante os períodos de transição e alta.

Os objetivos do tratamento são mais prováveis de serem alcançados quando há uma compreensão e coordenação compartilhada entre todos os provedores e profissionais de saúde. Os exemplos incluem a colaboração entre o médico e o Analista do Comportamento para determinar os efeitos da medicação nos alvos do tratamento. Outro exemplo envolve uma abordagem consistente entre profissionais de diferentes disciplinas em como os comportamentos são gerenciados em ambientes e contextos. A colaboração profissional que leva à consistência produzirá os melhores resultados para o cliente e suas famílias.

As diferenças nas orientações teóricas ou estilos profissionais às vezes podem dificultar a coordenação. Se houver protocolos de tratamento que diluem a eficácia do tratamento ABA, essas diferenças devem ser resolvidas para a entrega de benefícios previstos ao cliente.

Os códigos de ética do BACB (as atuais *Guidelines for Responsible Conduct for Behavior Analysts* e o iminente *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*) exige que o Analista do Comportamento recomende o tratamento **mais** eficaz cientificamente comprovado para cada cliente. O Analista do Comportamento também precisa revisar e avaliar os efeitos prováveis de tratamentos alternativos, incluindo aqueles fornecidos por outras disciplinas, bem como nenhum tratamento.

Coordenação com Outros Profissionais, cont.

Além disso, os Analistas do Comportamento devem encaminhar clientes a profissionais de outras disciplinas quando clientes tiverem condições que estão além do treinamento e competência do Analista do Comportamento, ou quando a coordenação do tratamento com esses profissionais for apropriado. Os exemplos incluem, mas não estão limitados a, uma suspeita de uma condição médica ou preocupações psicológicas relacionadas a ansiedade ou transtorno de humor.





SEÇÃO 8: **ALTA, PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DE SUPORTE**

Os resultados desejados para alta devem ser especificados no início dos serviços e refinados ao longo do processo de tratamento. O planejamento de transição e de alta de um programa de tratamento deve incluir um plano por escrito que especifica detalhes de monitoramento e acompanhamento conforme apropriado para o indivíduo e a família. Pais, cuidadores comunitários e outros profissionais envolvidos devem ser consultados conforme o processo de planejamento acelera, com três a seis meses antes da primeira mudança no serviço.

Uma descrição das funções e responsabilidades de todos os provedores e datas efetivas para objetivos comportamentais que precisam ser alcançados antes da próxima fase deve ser especificado e coordenado com todos os fornecedores, o cliente e membros da família.

O planejamento de alta e transição de todos os programas de tratamento geralmente deve envolver uma redução gradual dos serviços. A alta de um programa de tratamento ABA Abrangente geralmente requer seis meses ou mais. Por exemplo, um cliente em um programa de tratamento Abrangente pode mudar para um modelo de tratamento Focado para abordar alguns objetivos restantes antes da transição para o término do tratamento.

Alta

Os serviços devem ser revisados e avaliados e o planejamento de alta deve ter iniciado quando:

- o cliente atingiu os objetivos do tratamento OU
- o cliente não atende mais aos critérios de diagnóstico para TEA (conforme medido por adequados protocolos padronizados) OU
- o cliente não demonstra progresso em relação aos objetivos para períodos de autorização sucessivos OU
- a família está interessada em interromper os serviços OU
- a família e o provedor são incapazes de conciliar questões importantes no planejamento e entrega do tratamento

Quando houver perguntas sobre a adequação ou eficácia dos serviços em um caso individual, inclusive quanto ao apelo a qualquer recurso interno ou externo relacionado a benefícios de seguro de saúde, a equipe de revisão deve incluir um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.



APÊNDICE A: **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CERTIFICAÇÃO DO BACB**

Critérios de Elegibilidade para o BCBA

A. Critério de Formação Acadêmica (em vigor em 2016)

Possuir no mínimo um mestrado de uma universidade acreditada que foi (a) conferido em análise do comportamento, educação ou psicologia, ou (b) conferido em um programa em que o candidato completou uma sequência de curso aprovada pelo BACB.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato precisa completar 270 horas em sala de aula com instrução em nível de pós-graduação nas seguintes áreas de conteúdo e pelo número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 45 horas

- O conteúdo deve ser ensinado em um ou mais cursos autônomos dedicados à ética e conduta profissional.

b. Conceitos e Princípios de Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 25 horas
- Delineamento Experimental - 20 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais da Mudança de Comportamento & Procedimentos de Mudança de Comportamento Específicos - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 10 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 10 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 10 horas

e. Discricionário - 30 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência



Existem dois caminhos adicionais para a credencial BCBA para professores universitários e seniors a nível de doutorado. Detalhes sobre essas vias estão disponíveis em www.bacb.com.

Critérios de Elegibilidade para BCBA-D

O BCBA-D é uma designação que reconhece o BCBA a nível de doutorado que:

1. é ativamente certificado como BCBA E
2. obteve o título de doutor em um programa de pós-graduação acreditado pela Association for Behavior Analysis International OU
3. obteve um doutorado de uma universidade acreditada na qual conduziu uma tese analítico-comportamental (incluindo pelo menos um experimento); E passou em pelo menos dois cursos em análises do comportamento como parte do programa de doutorado; E atendeu a todos os requisitos de curso do BCBA antes de receber o grau de doutorado

Critérios de Elegibilidade para BCaBA

A. Critério de Formação Acadêmica

Possuir no mínimo um diploma de graduação de uma universidade acreditada.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato deve completar 180 horas de aula de instrução nas seguintes áreas de conteúdo e para o número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 15 horas

b. Conceitos e Princípios da Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*.

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 10 horas
- Delineamento Experimental - 5 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais de Mudança do Comportamento & Procedimentos Específicos de Mudança de Comportamento - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações Sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 5 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 5 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 5 horas

e. Discricionário - 15 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência:



APÊNDICE B: BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, S145-S155.

Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 158-178.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification, 26*, 46-68.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*, 381-405.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 439-450.

Foxx, R. M. (2008). Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*, 821-834.

Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification, 26*, 69-102.

Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 147-185.

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 26*, 359-383.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3-9.

Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclawskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 433-465.

McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 359-372.

Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*, 417-438.

Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review, 30*, 387-399.

Wong, C., Odom, S. L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S. et al. (2013). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group.

APÊNDICE C: NOTAS DE RODAPÉ

- 1 Ao longo deste documento, o termo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é usado para se referir a um grupo de distúrbios neurológicos complexos que às vezes são chamados de Transtorno Autista, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamento, entre outros.
- 2 Sistemas ICD e DSM para Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista.
- 3 ABA Focado e Abrangente existem em um contínuo que reflete o número de comportamentos alvo e horas de tratamento direto e supervisão.
- 4 Esta equipe é competente para administrar protocolos de tratamento e muitas vezes são referidos por uma variedade de termos, incluindo terapeuta ABA, terapeuta sênior, tutor paraprofissional ou equipe de linha frente.
- 5 O treinamento e as responsabilidades dos Técnicos Comportamentais que implementam os protocolos de tratamento são distintamente diferentes daqueles de trabalhadores que desempenham funções de cuidador.
- 6 Quando possível, vários Técnicos Comportamentais são frequentemente atribuídos para cada caso para promover benefícios de um tratamento generalizado e sustentado para o cliente. Isso também ajuda a evitar um lapso nas horas de tratamento devido a doenças da equipe, disponibilidade de agendamento e rotatividade de pessoal, etc. Programas de tratamento intensivo e abrangente podem ter de quatro a cinco Técnicos Comportamentais designados para um único caso. Cada Técnico Comportamental também pode trabalhar com vários clientes durante a semana.
- 7 Dada a intensidade do programa, é necessária uma revisão frequente dos dados e do plano de tratamento. O Analista do Comportamento deve geralmente revisar os dados de observação direta pelo menos semanalmente.
- 8 Consulte também as diretrizes do consumidor para identificar Analistas do Comportamento com competência no tratamento do TEA pelo [Autism Special Interest Group da Association for Behavior Analysis International](#).

Desenvolvimento das Diretrizes

O Conselho de Diretores do BACB autorizou o desenvolvimento de diretrizes práticas para o tratamento ABA para o TEA no início de 2012. Os procedimentos a seguir foram seguidos para desenvolver as versões inicial e revisada das diretrizes.

Versão 1.0: Um coordenador foi nomeado quem então criou um comitê de supervisão de cinco pessoas que delineou o processo geral de desenvolvimento e o esboço do conteúdo. O comitê de supervisão então solicitou líderes da área de conteúdo adicionais e escritores de um grupo nacional de especialistas que incluiu pesquisadores e profissionais para produzir um primeiro rascunho das diretrizes. O coordenador, o comitê de supervisão e a equipe do BACB então gerou um segundo rascunho que foi revisado por dezenas de revisores adicionais, que além de ser composta por especialistas em ABA, também incluiu consumidores e especialistas em políticas públicas. Esse segundo rascunho também foi enviado a todos os diretores do BACB para contribuições adicionais. O coordenador do projeto e a equipe do BACB então usou esse feedback para produzir o documento final, que foi aprovado pelo Conselho de Diretores do BACB. Os profissionais que atuaram como coordenadores, membros do comitê de supervisão, líderes da área de conteúdo, redatores de conteúdo e revisores eram todos especialistas em ABA conforme evidenciado pelos registros de publicação, experiência substancial no fornecimento de serviços ABA e posições de liderança dentro da disciplina.

Versão 2.0: Versão 2.0: O coordenador do projeto original e a liderança do BACB identificaram uma equipe de nível de Analistas do Comportamento doutores, todos os quais eram especialistas no tratamento ABA para o TEA. A equipe revisou cuidadosamente as diretrizes iniciais e, usando um processo de consenso, propuseram revisões e acréscimos ao documento para aumentar a clareza e complementar as orientações existentes. A equipe do BACB então gerou um rascunho revisado que foi enviado ao coordenador do projeto, membros da equipe de revisão e especialistas em políticas públicas para feedback adicional, após isso as diretrizes foram finalizadas.



The Council of Autism Service Providers

401 Edgewater Place,
Suite 600
Wakefield, MA 01880

info@casproviders.org

CASP
**The Council of Autism
Service Providers**

casproviders.org

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

PROJETO DE LEI Nº 710/2023

AUTORES:

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO, DEPUTADO PROFESSOR LEMOS, DEPUTADO ANIBELLI NETO, DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO, DEPUTADO GILSON DE SOUZA, DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN, DEPUTADO NEY LEPREVOST, DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI, DEPUTADO NELSON JUSTUS, DEPUTADO ADEMAR TRAIANO, DEPUTADO TERCÍLIO TURINI, DEPUTADO MARCIO PACHECO, DEPUTADO TIAGO AMARAL, DEPUTADO REQUIÃO FILHO, DEPUTADA MARIA VICTORIA E OUTROS

EMENTA:

"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO CÓDIGO ESTADUAL DA POLITICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO NA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO ESTADO DO PARANÁ"

INSTITUI O CÓDIGO ESTADUAL DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA.

Art.1º Fica criada POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO do Governo do Estado do Paraná, para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da pessoa no TEA-Transtorno do Espectro do Autismo e aos seus cuidadores, tutores.

Art.2º Essa POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO instituirá a política Estadual com base na ciência e nas práticas com a melhor evidência de sua eficácia para os tratamentos e intervenções para o autismo, para integração da pessoa no espectro, que disporá sobre o pleno exercício de seus direitos básicos quanto à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição Federal, da LEI Estadual 19584/2018 e das leis infraconstitucionais, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

§ 1º A pessoa no TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência, respeitando não só a deficiência, raça gênero, cor e etnia, mas as diferenças, a diversidade humana.

§ 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se pessoa no espectro aquelas descritas no DSM 5 TR (em Harmonização com a CID-11), além das descritas nas Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, Lei 13.146 de julho de 2015 e na OMS- Organização Mundial de Saúde, que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

§ 3º O TEA- transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (DSM-5-TR/2022)

I-Característica A- Déficit persistente na comunicação, seja ela verbal ou não e na interação social.

CARACTERÍSTICA-A- possui 3 especificidades:

1ª-Déficit na reciprocidade socioemocional. É preciso obrigatoriamente apresentar 3 especificidades das características A, pra estar no espectro.

-O indivíduo tem dificuldade de entender as emoções ligadas a aquele contexto:- EX:

-Dificuldade na atenção compartilhada;

-Compartilhar interesses com os outros.

2º- Prejuízo na linguagem verbal ou não verbal ou nas interações entre essas formas de comunicação;

-O indivíduo pode falar, verbalizar, mas continua tendo problemas de comunicação, não consegue se expressar porque não consegue entender os sinais da comunicação, como expressões faciais, gestos, a tonalidade da voz do outro, ele compreende, mas não consegue se expressar. O prejuízo pode ser em um desses aspectos, ou em todos.

3º Iniciar e manter relações, podem ser, de trabalho amizade ou amorosa.

- É muito difícil para as pessoas com autismo iniciar relações e manter essas relações;

- No caso do autismo moderado a Severo fico mais evidente as dificuldades.

II-Característica B**- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.**

CARACTERÍSTICA B- Possui 4 especificidades: Para o diagnóstico do autismo ser confirmado precisa ter duas dessas especificidades do critério B.

1ª Estereotipias: são comportamentos repetitivos aparentemente disfuncionais, no autismo você não consegue ver essa função, só o indivíduo sabe a função do comportamento estereotipado;

- Existem também as estereotipias vocais as ecolalias, o indivíduo repete as coisas que ouviu

2ª Resistência na quebra de rotina e padrões inflexíveis rituais para fazer as coisas;

- O indivíduo se desregula com a mudança de sua rotina as coisas têm que ser sempre da mesma forma,

-A questão da previsibilidade.

3ª Adesão inflexível a novos temas objetos ou outras coisas:

-Nos casos do autismo moderado a Severo eles se apegam mais a objetos;

- Já nos casos mais leves eles se aтем a temas,

-Tem casos que podem apresentar os dois e em vários casos o foco é considerado anormal, podendo a dimensão trazer prejuízos para o indivíduo, como nas habilidades sociais porque só fala de um tema interesse restrito específico e atrapalha até a socialização, mas em alguns casos esse hiperfoco pode auxiliar; - são as habilidades que podem ajudar inclusive no trabalho. (HIPRFOCO PE TEMA PRA UMA PALESTRA INTEIRA)

4ª As alterações sensoriais do ambiente, a hipo e hiper sensibilidade:

- São Alterações complexas e significativas é uma série de operações sensoriais muitas vezes todos os sentidos alterados para mais ou para menos.

§ 1º Para efeitos desta Lei, será considerada pessoa com TEA aquela com prejuízo na comunicação e nas relações sociais, conforme critérios clínicos definidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID e na Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º A pessoa com TEA é a pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Art. 2º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado.

Parágrafo único. O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente.

Art. 3º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento.

§ 1º O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente:- art 2º da LBI 13.146/15:modelo de avaliação "BIOPSIKOSOCIAL"

§ 2º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência) (Vide Decreto nº 11.063, de 2022).

Art. 3º As pessoas com TEA têm direito à Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – Ciptea, documento válido de identificação civil nos termos da Lei Federal nº 12.764, 27 de dezembro de 2012, com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Complemento:

Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

§ 1º O Estado deve expedir a carteira de identificação da pessoa com TEA, mediante requerimento, acompanhado do laudo médico de que trata o art. 2º desta Lei, com indicação do CID, e deve conter, no mínimo, as seguintes informações:



I - nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF, tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado;

II - fotografia no formato três por quatro centímetros e assinatura ou impressão digital do identificado;

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador;

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

§ 2º Nos casos em que a pessoa com TEA seja imigrante detentor de visto temporário ou de autorização de residência, residente fronteiriço ou solicitante de refúgio, deve ser apresentada a Cédula de Identidade de Estrangeiro – CIE, a Carteira de Registro Nacional Migratório – CRNM ou o Documento Provisório de Registro Nacional Migratório – DPRNM, com validade em todo o território nacional.

§ 3º A Ciptea terá validade de cinco anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado e deve ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com TEA em todo o território nacional.

Art. 4º Institui a Carteira Azul, que se trata de um porta-documentos do condutor de veículos automotores com TEA.

Parágrafo único. A Carteira Azul objetiva facilitar a comunicação entre o condutor com TEA e os agentes de segurança que o abordarem.

Art. 5º A Carteira Azul, de que trata o art. 4º desta Lei, deve conter:

I - a Carteira Nacional de Habilitação – CNH e demais documentos pessoais do condutor com TEA;

II - o contato de um familiar ou de outra pessoa capaz que possa ser responsável pela pessoa com TEA em situação de emergência;

III - as orientações para a pessoa com TEA e para os agentes de segurança.

§ 1º São orientações ao condutor com TEA que devem constar na Carteira Azul:

I - manter as mãos ao volante até que seja instruído a agir de outra forma, ainda que o agente de segurança não esteja próximo ao veículo;

II - manifestar ao agente de segurança que possui a Carteira Azul e, sendo solicitado, apresentá-la; III - responder aos questionamentos do agente de segurança, evitando realizar movimentos bruscos; IV - orientação quanto à utilização de lanterna direcionada para o interior do veículo e de rádio de comunicação pelo



agente de segurança;

V - orientação quanto às luzes e sirene da viatura;

VI- aguardar que o agente de segurança manifeste o fim da abordagem, atendendo suas instruções para seguir. § 2º São orientações aos agentes de segurança que devem constar na Carteira Azul:

I - o condutor pode apresentar movimentos corporais repetitivos, inquietação e contato visual incomum; II - o condutor pode apresentar sinais de alta ansiedade, especialmente devido à exposição à luz forte e som alto;

III - caso haja reação desproporcional por parte do condutor, entrar em contato com o familiar ou outra pessoa indicada como responsável na Carteira Azul;

IV - conceder ao condutor um tempo maior para formulação da resposta;

V - fazer uso de linguagem simples e objetiva;

VI - manifestar de forma clara o fim da abordagem, com a devida instrução de como o condutor deve seguir.

OBS: substituir pela legislação de trânsito para os indivíduos com TEA

Art. 6º A Carteira Azul deve ser disponibilizada em toda a estrutura do Departamento de Trânsito do Estado – Detran PR, compreendendo as Circunscrições Regionais de Trânsito – CIRETRANS e os Centros de Formação de Condutores – CFC's.

Art. 7º Cada pessoa com TEA pode ter mais de uma Carteira Azul.

Art. 8º As carteiras de vacinação em formato impresso ou digital, do sistema de saúde do Estado do Paraná, devem conter esclarecimentos e informações sobre o TEA.

Parágrafo único. As informações de que trata o *caput* deste artigo devem ser as descritas no § 1º do art. 1º desta Lei, ou outras especificadas pelos órgãos públicos competentes.

TÍTULO II

DAS DIRETRIZES

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA ESTADUAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA

DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla

ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 5º A lei deverá assegurar o diagnóstico e intervenção precoce para todos os tipos de autismo.

Parágrafo único. O diagnóstico e a intervenção precoce respeitando a plasticidade cerebral, na tenra idade, asseguram ao indivíduo no espectro uma qualidade de vida significativa



Art. 9º A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve se pautar pelas diretrizes deste Código e observar as disposições da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Art. 10. Constituem-se diretrizes para a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA:

I - intersetorialidade para a formulação e desenvolvimento de ações, políticas públicas e atendimento à pessoa com TEA;

II - participação da comunidade;

III - atenção às necessidades de saúde e de educação da pessoa com TEA, por meio de política de atendimento integrado e de apoio aos familiares;

IV - responsabilidade do Poder Público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

V - capacitação permanente dos agentes públicos das áreas da saúde, educação e assistência social, direta ou indiretamente envolvidos na implementação e execução da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA;

VI - sensibilização da sociedade quanto à inclusão da pessoa com TEA e da sua família;

VII - horizontalização do atendimento multiprofissional integrado à pessoa com TEA e da sua família.

Art. 11. A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada.

CAPÍTULO II

INTERSETORIALIDADE

Art. 4º A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento das ações e das políticas no atendimento à pessoa no TEA, aplicáveis através de convênios celebrados entre a Secretaria Estadual de Saúde - Sesa, a Secretaria Estadual da Educação - Seed e a Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Seti e, sempre que possível, procurando envolver as Secretarias Municipais de Saúde, as Secretarias Municipais de Educação, as Universidades Federais e Estaduais, públicas e privadas e outras instituições como fundações e associações. (NR).

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas trans multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

I- A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas, promovendo e com foco em reduzir as barreiras atitudinais da acessibilidade.

II- A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada e com profissionais qualificados da área do TEA.

Art. 12. A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas.

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais



e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

Art. 13. O Estado poderá desenvolver e manter programas de apoio comunitário que propiciem às pessoas com TEA oportunidades de integração social, acesso à cultura, ao desporto e ao lazer e inserção no mundo do trabalho.

CAPÍTULO III

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Art. 14. O Estado pode promover, em conjunto com a comunidade, campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA, buscando:

I - o auxílio na formulação de políticas públicas para as pessoas com TEA;

II - o controle social da implantação das políticas públicas para as pessoas com TEA, com acompanhamento e avaliação por meio da criação de comitês estaduais e municipais, compostos por representantes de:

- a) associações de pais;
- b) sociedades de pediatria, de neurologia e de neurologia pediátrica;
- c) sociedades de psicologia;
- d) universidades;
- e) gestores públicos estaduais e municipais;

III - a inserção da pessoa com TEA no mercado de trabalho, observando-se as peculiaridades da deficiência e o que prevê a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente;

IV - o treinamento e envolvimento de pais, responsáveis, cuidadores e profissionais das áreas de saúde e de educação, a fim de garantir uma melhor eficiência ao cuidado, bem como melhor escolha na definição e controle das ações e serviços de saúde;

V - a promoção de programas e ações voltados ao diagnóstico precoce do TEA, de modo a permitir atenção integral às necessidades de saúde, educação e conforto da pessoa diagnosticada.

Parágrafo único. As campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA podem ser divulgadas por meio dos canais de comunicação do Estado, bem como pelos canais de comunicação dos demais órgãos públicos e privados



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

envolvidos.

-CRIAR UM CONSELHO ESTADUAL DE PAIS, CUIDADORES DA PESSOA NO ESPECTRO

CAPÍTULO IV

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO DA PESSOA COM TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Seção I

Diretrizes para o atendimento integrado da pessoa com TEA

EDUCAÇÃO

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o

processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou privada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno

acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescidas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvidas e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir

comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreio e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada

gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado

no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V - Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvi mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas,

sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvimentos mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professores da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades

de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvi mentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação,

videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 15. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

I - um Comitê de Gestão;

II - um Grupo Técnico;

III - Centros Macrorregionais de Referência em TEA – CMR em TEA;

IV - Centros Regionais de Referência em TEA – CRR em TEA.

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, devem ser periodicamente efetuados pelos gestores municipais, estaduais, pelo Grupo Técnico e pelo Comitê, conforme critérios previamente estabelecidos pelo Grupo Técnico.

Art. 16. O CMR em TEA será de âmbito macrorregional e tem como objetivo principal a organização e o fortalecimento das redes municipais de saúde, de educação e de assistência social no atendimento às pessoas com TEA e de suas famílias, por meio de Equipes Matriciadoras.

Parágrafo único. Cada macrorregião de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CMR em TEA.

Art. 17. O CRR em TEA será de referência regional e tem como objetivo principal o atendimento dos casos severos, graves e refratários da região de saúde respectiva, definidos por meio de protocolo previamente estabelecido, além de apoiar o trabalho do CMR em TEA.

Parágrafo único. Cada região de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CRR em TEA.



Art. 18. As normas para a habilitação, o funcionamento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, serão estabelecidas em normativa específica do órgão regulador e responsável.

§ 1º As ações dos CMR e dos CRR em TEA podem ser executadas, prioritariamente, por órgãos e entidades públicas, ou, de forma complementar, por instituições privadas com expertise no atendimento às pessoas com TEA e suas famílias.

§ 2º O CMR e o CRR em TEA serão regidos pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Nacional de Educação.

§ 3º O CMR e o CRR em TEA devem ser implementados de acordo com os critérios técnicos estabelecidos em normativa específica, a ser publicada pelo órgão responsável.

§ 4º O atendimento das pessoas com autismo e de suas famílias residentes no município-sede do CMR ou do CRR em TEA é de responsabilidade do próprio centro.

§ 5º O CMR e o CRR em TEA devem ser identificados, com a caracterização visual previamente definida pelo Grupo Técnico.

Art. 19. Os CMR e CRR em TEA podem adotar dentre as terapias propostas para o tratamento do TEA os métodos de Análise de Comportamento Aplicado – ABA, Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit Relacionados à Comunicação – TEACCH e Sistema de Comunicação por Troca de Imagens – PECS.

Parágrafo único. O tratamento nos CMR e CRR em TEA contará, preferencialmente, com terapias que envolvam a fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia e equoterapia.

Art. 20. A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve ser voltada ao atendimento integrado da pessoa com TEA, por equipes multidisciplinares, exemplificadamente composta por profissionais das seguintes áreas:

Saúde:

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no “TEA” e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do

Transtorno do Espetro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II- Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV- Psiquiatra;

V- T. O;

VI- Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que

deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho.

I - medicina;

II - fonoaudiologia;

III - fisioterapia;

IV - terapia ocupacional;

V - psicologia;

VI - pedagogia;

VII - musicoterapia;



VIII - equoterapia;

IX - psicoterapia.

Parágrafo único. A psicoterapia para tratamento das pessoas com TEA tem como

objetivo: I - estimular os comportamentos sociais, como contato visual e comunicação funcional;

II - incentivar os comportamentos acadêmicos, como a leitura, a escrita e o aprendizado da matemática; III - reforçar as atividades da vida diária, como higiene pessoal;

IV - reduzir os comportamentos problemáticos, como agressões, estereotípias, autolesões, agressões verbais e fugas.

Seção II

Diretrizes para a Educação

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos

termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou provada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior

é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescentadas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvi mentais e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de

planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V – Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e

avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas

mentais plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professores da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvimentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade

da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 21. Quanto às instituições de ensino, a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve estabelecer as seguintes diretrizes:

I - utilização de profissionais, estudantes e docentes das instituições de ensino superior, de forma a auxiliar na formação de profissionais aptos a diagnosticar e tratar o TEA precocemente, por meio de cursos, palestras e programas de incentivo profissional em diferentes níveis;

II - garantia de parcerias com as instituições de ensino para a promoção de cursos, palestras e programas de incentivo ao profissional, nos diversos níveis;

III - inclusão dos estudantes com TEA nas classes comuns de ensino regular com o apoio e as adaptações necessárias da tecnologia da educação;

IV - incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados na pesquisa e no atendimento da pessoa com TEA;

V - inserção do estudo do autismo com base científica no quadro de disciplinas das instituições de ensino superior, em seus cursos de medicina e outros ligados à área de saúde, educação e tecnologia;

VI - adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas no ambiente escolar a fim de desenvolver o potencial humano, o senso de dignidade, autoestima, e respeito pelos direitos humanos, liberdades e diversidade humana das pessoas com TEA;

VII - garantia de que os planos de atendimento educacional especializado dos estudantes com TEA aplicados no âmbito da educação municipal, quando houver, sejam encaminhados para a escola estadual no momento da mudança dos anos iniciais para os anos finais de ensino.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Parágrafo único. O Estado pode criar e implantar Centros Avançados de Estudo e Capacitação de Educadores da Rede Pública de Ensino do Paraná para atendimentos de alunos com TEA.

Art. 22. Os estabelecimentos privados de ensino devem substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA, para que estes não sejam submetidos a incômodos sensoriais ou risco de pânico.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no *caput* deste artigo sujeita os infratores à multa no valor de 200 UPF/PR (duzentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

Art. 23. O Estado pode substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA nos estabelecimentos públicos de ensino, conforme a sua autonomia administrativa e capacidade orçamentária.

Excluir- Não existe método ABA

Subseção I Método ABA

Art. 24. O Estado pode incluir na rede pública de ensino o Sistema de Inclusão escolar baseado no método de Análise do Comportamento Aplicada – ABA (*Applied Behavior Analysis*), para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, ou outro sistema de inclusão escolar validado pelos órgãos competentes.

Art. 25. O Estado pode avaliar as escolas da rede pública que já contam com estrutura física e recursos humanos para iniciar gradativamente a inclusão do método ABA na rede pública de ensino.

§ 1º Cada unidade de ensino pode dispor de profissionais capacitados para a efetiva implementação do método ABA, por meio da avaliação, da criação de plano de ensino, da aplicação e monitoramento por psicólogo da área da educação, por pedagogos, psicopedagogos e por estagiários de pedagogia.

§ 2º A Secretaria de Estado da Educação pode firmar parcerias com as instituições de ensino que trabalhem com técnicas baseadas em evidências com o método ABA, com a promoção de cursos, palestras e capacitações formativas.

Art. 26. Os alunos com TEA serão avaliados por equipe multidisciplinar, incluindo profissionais especializados dos órgãos públicos competentes, professor de atendimento educacional especializado, psicólogo, pedagogo, professores



e demais profissionais da unidade escolar que avaliarão se há necessidade de cada indivíduo aderir ao método ABA.

Parágrafo único. A adesão ao método ABA será facultativa aos alunos que apresentarem uma relação social autônoma ou possuírem outro tipo de acompanhamento pedagógico ou terapêutico, dentro ou fora do ambiente escolar.

Subseção II

Da educação especial

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no "TEA".

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação "biopsicossocial", conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

Art. 27. Constituem-se diretrizes para a educação especial voltada para a pessoa com TEA:

I - acesso ao sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem;

II - garantia de acesso, permanência, participação, aprendizagem e matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de

matrícula na rede de ensino estadual;

III - participação dos estudantes com autismo e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar;

IV - desenvolvimento acadêmico e social com planejamento de estudo de caso por meio da elaboração e implementação de programa de apoio pedagógico e de inclusão;

V - formação continuada de professores e demais profissionais da educação para o adequado atendimento educacional especializado, para adoção de práticas pedagógicas inclusivas, manejo de comportamento e apoio à realização de pesquisas e à promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva;

VI - atendimento educacional especializado, tendo por objeto a inclusão e a realização de adaptações razoáveis para atender às características dos estudantes com TEA, de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de igualdade, promovendo a sua autonomia.

§ 1º Na forma do parágrafo único do art. 27 da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, é dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

§ 2º É vedada a contratação e a utilização de estagiários para fins do inciso V do *caput* deste artigo, salvo quando acompanhado de um profissional comprovadamente capacitado no atendimento à pessoa com TEA.

Art. 28. O Programa de Apoio Pedagógico de que trata o inciso IV do art. 27 desta Lei exemplificadamente pode



conter:

- I - a identificação do estudante;
- II - a avaliação do estudante;
- III - os programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;
- IV - as folhas de registros de todos os programas de ensino;
- V - o protocolo de conduta do estudante;
- VI - as diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;
- VII - os recursos de acessibilidade ao currículo.

Parágrafo único. O Programa de Apoio Pedagógico é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados pela comunidade escolar para a aprendizagem do estudante.

Art. 29. A elaboração de Programa de Apoio Pedagógico pode ser realizada por meio de três

fontes: I - entrevista:

1. com os pais ou responsáveis;
2. com o próprio estudante, quando possível;

II – avaliação do estudante com protocolo de conduta cientificamente validado.

Parágrafo único. Podem ser incluídas outras fontes, tais como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 30. A avaliação do estudante por meio do protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, pode ser realizada semestralmente, contendo:

- I - os domínios de habilidades de aprendiz;
- II - os domínios de habilidades desenvolvimentais;
- III - os domínios de habilidades acadêmicas.

§ 1º Habilidades de aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade.



§ 2º Habilidades desenvolvimentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, habilidades sociais, entre outros;

§ 3º Habilidades acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritas no currículo escolar;

§ 4º A avaliação de que trata o *caput* deste artigo também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, desde que cubram os domínios constantes nos incisos do *caput* deste artigo.

Art. 31. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, de que trata o art. 30 desta Lei, podem ser escritos os programas de ensino, contendo os seguintes elementos:

I - habilidade-alvo planejada, a qual deve estipular a meta mínima aceitável de

aprendizagem; II - procedimento de ensino da habilidade-alvo;

III - frequência e temporalidade de implementação do programa de ensino;

IV - sistema de ajuda para emissão da habilidade-alvo combinado com modelo de retirada gradual, até o alcance da autonomia;

V - alvos do ensino de determinada habilidade;

VI - folhas de registro de tentativa que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, descrevendo quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade.

Art. 32. Todos os agentes escolares que atuam junto ao estudante devem conhecer e acessar o protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, que conterá ao menos as seguintes informações:

I - interesses e objetos;

II - elementos gatilhos para episódios de agressividade;

III - forma de lidar com comportamentos desafiadores, incluindo procedimentos emergenciais de intervenção física, quando houver necessidade;

IV - formato de comunicação com o estudante;

V - sistemas de Comunicação Alternativa utilizados para a inclusão, quando necessário;

VI - informações nutricionais e de saúde;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

VII - contatos da equipe terapêutica.

Art. 33. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar o Professor Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade ou avaliações deve ser justificada mediante os dados extraídos da avaliação prevista no art. 30 desta Lei.

Art. 34. O Programa de Apoio Pedagógico somente será colocado em execução com anuência dos pais ou responsáveis e, nas hipóteses viáveis, da própria pessoa com TEA, devendo seguir os seguintes requisitos mínimos:

I - elaboração em até trinta dias após o início das aulas com o estudante em fase inicial de escolarização em estabelecimento escolar, ou antes, do começo das aulas para o estudante já matriculado em estabelecimento escolar;

III - apresentação em reunião formal aos pais ou responsáveis, à equipe multidisciplinar e à pessoa com o TEA, quando possível, após finalizado;

IV - assinatura de concordância dos pais ou responsáveis e, sempre que possível da pessoa com TEA;

V - acesso aos pais, responsáveis e à pessoa com TEA, caso queiram, para estudo e realização de consultas profissionais externos, inclusive da equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa com TEA;

VI - apresentação de assentimento ou pedidos de mudanças do planejamento dos pais, responsáveis ou da pessoa com TEA, as quais poderão ser aceitas ou não pela equipe técnica;

VII - recebimento formal da cópia física ou digital do Programa de Apoio Pedagógico pelos pais ou responsáveis;

VIII - comunicação formal aos pais ou responsáveis e acerca de alterações realizadas nos programas de ensino, sendo-lhes entregues cópias físicas ou digitais de todos os novos programas.

§ 1º A assinatura, na forma do inciso IV do *caput* deste artigo, é requisito obrigatório para início da vigência do Programa de Acompanhamento Pedagógico.

§ 2º Caso os pais, responsáveis e a pessoa com TEA optem pelo acesso constante descrito no inciso V do *caput* deste artigo, será realizada nova reunião de anuência do Programa de Acompanhamento Pedagógico em até quinze dias.

§ 3º Caso não sobrevenha consenso em relação ao Programa de Acompanhamento Pedagógico, o Ministério Público do Paraná por intermédio do Conselho Tutelar será convocado para mediar o conflito, sendo autorizada a realização de nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou de equipe externa indicada.

Art. 35. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da Regional:

I - coordenar a avaliação do estudante com TEA bem como a elaboração do estudante;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

II - elaborar:

- a) os Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvidas do estudante com TEA;
- b) o Protocolo de Conduta do estudante com TEA;
- c) s orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§ 1º A avaliação e a elaboração dos programas e protocolos devem ocorrer de forma multidisciplinar, sendo permitida a utilização de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante.

§ 2º O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos e processos de treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas pertinentes ao estudante, bem como da análise mensal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando e de mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou ainda de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 36. Compete ao Professor Regente da sala de aula:

- I - elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante com TEA;
- II - adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 37. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

- I - pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;
- II - pranchas de Rotina Visual;
- III - aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;
- IV - sistema de Fichas;
- V - uso de estratégias motivacionais;
- VI - acompanhante especializado aos estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas plenas na avaliação inicial;
- VII - outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante com TEA o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Subseção III

Da Clínica Escola

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no "TEA" e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do Transtorno do Espctro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II- Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV- Psiquiatra;

V-T. O;

VI- Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto

pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar

sozinho.

Art. 38. Estabelece as diretrizes para criação e implementação de Clínicas-Escola, para propiciar ensino escolar individualizado com tratamento clínico especializado para atendimento adequado à pessoa com TEA.

Parágrafo único. As Clínicas-Escola podem:

I – contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

II - prestar atendimento em fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias para tratamento de pessoas com TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas com TEA.

Art. 39. A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das Clínicas-Escola, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto no nesta Lei.

Subseção IV

Dos Convênios de Estágio

-Sugere às faculdades a criação do currículo TEA, a disciplina TEA, nos cursos de graduação, das universidades, públicas e privadas.

Art. 40. Estabelece diretrizes para a criação de convênios entre os estabelecimentos de ensino superior e a rede pública de educação, para atendimento de alunos com TEA.

Parágrafo único. Os convênios mencionados no *caput* deste artigo têm como objetivo a disponibilização de estagiários, em fase de estágio obrigatório, para atendimento como tutor ou profissional de apoio, priorizando-se estagiários dos seguintes cursos:

I - psicologia;

II - fisioterapia;

III - fonoaudiologia;

IV - nutrição;

V - medicina;

VI - enfermagem;

VII - demais profissões previstas nesta Lei.

Art. 41. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, devem estar em fase de estágio obrigatório, dependendo apenas do referido estágio para a obtenção do grau.

Art. 42. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, atuarão dentro de sala de aula, supervisionados por professor especialista em atenção ao aluno com TEA.

Paragrafo único. O professor supervisor de que trata o *caput* deste artigo deve avaliar os estagiários mensalmente.

Seção III

Saúde bucal

Art. 43. Institui o Programa TEAtenção da Saúde Bucal, tendo por objeto garantir a atenção e cuidados necessários e adequados para o tratamento da saúde bucal da pessoa com TEA, especialmente crianças e adolescentes autistas.

Art. 44. O Programa TEAtenção da Saúde Bucal será desenvolvido na rede estadual de saúde, com apoio de especialistas e de representantes de associações de pais de autistas, tendo como principais objetivos:

I - oferecer gratuitamente às pessoas com TEA tratamento de saúde bucal adequado às suas necessidades e com atendimento especializado às suas condições e peculiaridades comportamentais;

II - capacitar e especializar profissionais na área de saúde bucal para o devido atendimento das pessoas com TEA, em especial para crianças e adolescentes;

III - absorver e promover novas técnicas e procedimentos que possibilitem melhoria na qualidade de vida dos autistas e familiares.

Art. 45. O Estado pode firmar parcerias com entes públicos e privados para o alcance dos objetivos do Programa TEAtenção da Saúde Bucal.

Seção IV

Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA

Art. 46. Estabelece diretrizes para a criação do Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA.

-Direito ao mapeamento e aconselhamento genético, em caso de risco alto para o TEA

Art. 47. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA tem como objetivos: I - oferecer assistência integral às mulheres com TEA durante a gestação e após o parto;

II - reduzir o risco de complicações gestacionais e do parto;

III - promover o cuidado parental;

IV - garantir:

1. acesso a profissionais especializados no atendimento a gestantes com TEA;
2. o bem-estar e a saúde materno-infantil.

Art. 48. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA é composto por: I - acompanhamento:

1. pré-natal e pós-parto com equipe multidisciplinar especializada em TEA;
2. nutricional;
3. psicológico e psiquiátrico;

II - orientações e suporte para a criação dos filhos;

III - monitoramento da saúde da mãe e do bebê;

IV - exames e procedimentos médicos necessários.

Art. 49. Toda gestante com TEA é considerada de alto risco e será atendida levando-se em consideração o alto risco de sua gestação, visando reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil, facilitando o diagnóstico e acompanhamento.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 50. As gestantes com TEA serão encaminhadas ao Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA por meio da rede estadual de saúde ou poderão se inscrever voluntariamente.

Art. 51. A Secretaria competente deve fornecer durante o período de Pré-natal e Pós-parto todo o acompanhamento psicológico e psiquiátrico necessário à gestante com TEA, além do acompanhamento ginecológico, obstétrico e pediátrico fornecido pelo Sistema Único de Saúde.

§ 1º É obrigatória a elaboração conjunta de um plano de parto multidisciplinar, envolvendo o obstetra, o psicólogo e o psiquiatra.

§ 2º O acompanhamento psicológico e psiquiátrico da mulher com TEA e de seu filho será realizado até o segundo ano de vida da criança, em conjunto com o médico pediatra.

§ 3º O médico pediatra que acompanha o filho de mulher com TEA deve informar aos órgãos competentes caso constate que a criança apresenta sinais de TEA.

Art. 52. As mães de crianças com TEA têm direito à prioridade para atendimento psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO V

RESPONSABILIDADE DO ESTADO QUANTO À INFORMAÇÃO PÚBLICA RELATIVA AO TRANSTORNO E SUAS IMPLICAÇÕES

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 53. O Estado, em parceria com o município e instituições filantrópicas ou privadas, pode implantar cursos e

palestras gratuitos e pode criar campanhas educativas com os seguintes temas:

I - importância do diagnóstico;

II - terapias auxiliares;

III - manuseio;

IV - regularidade de estímulos;

V - desenvolvimento do paciente;

VI - cuidados básicos para evitar acidentes.

TÍTULO III

DO DIAGNÓSTICO

Art. 54. Institui a Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA, o Pré-Autismo, com o objetivo de promover a identificação precoce e o diagnóstico, das pessoas com TEA na primeira infância.

Art. 55. São diretrizes da Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA:

I - promoção:

a) da conscientização e divulgação de informações sobre o TEA e seus sintomas para a população em geral e, especialmente, para os profissionais que atuam com pessoas com TEA;

b) da articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social para garantir o atendimento integral e interdisciplinar às pessoas com sintomas do TEA ou Pré-Autismo e suas famílias;

II - capacitação dos profissionais que atuam com pessoas com TEA para a identificação precoce dos sinais e sintomas do TEA ou pré-autismo;

III - estímulo à pesquisa científica e ao desenvolvimento de tecnologias para a detecção, diagnóstico e tratamento do TEA;

IV) garantia do acesso a tratamentos e terapias específicas, de acordo com as necessidades de cada pessoa com TEA.

Art. 56. O Estado priorizará a implantação dos protocolos de prognóstico e diagnóstico precoce do TEA, por meio do trabalho de profissionais de saúde e de educação já contratados, de forma multidisciplinar.

§ 1º O protocolo para diagnóstico precoce do TEA deve observar se o paciente ou aluno está pontuando para deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por:

I - deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social;

II - ausência de reciprocidade social;

III - falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns;

IV - excessiva aderência a rotinas;

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

V - padrões de comportamentos ritualizados e interesses restritos e fixos.

§ 2º A triagem do desenvolvimento será realizada durante as consultas de rotina na primeira infância do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

§ 3º Os profissionais devem ser capacitados para aplicar instrumentos de triagem validados e específicos para a detecção de sinais e sintomas de TEA ou Pré-Autismo.

Art. 57. Para os efeitos desta Lei entende-se por diagnóstico precoce a identificação, nos alunos ou pacientes, dossintomas característicos do autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento, e, ainda que não se trate de conclusão médica definitiva, devem ser identificadas intervenções precoces.

§ 1º Os profissionais das áreas de saúde e educação devem ser capacitados para identificar e rastrear sinais de risco de autismo, conforme os mais atuais instrumentos disponíveis e aceitos pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º Para fins de Diagnóstico Precoce do TEA será observada a aplicação da Escala M-CHAT, um questionário de avaliação do paciente, conforme prática adotada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, conforme Anexo Único desta Lei.

§ 3º A avaliação de que trata o § 2º deste artigo deve ser respondida pelos pais ou responsáveis, devidamente acompanhados de um profissional de saúde, no primeiro atendimento de saúde da criança perante a rede de saúde pública ou privada.

§ 4º De forma periódica, devem ser efetuadas novas avaliações, até que a criança tenha completado dezoito meses de idade.

§ 5º Caso o resultado obtido no teste demonstre a necessidade de nova avaliação, o profissional deve encaminhar o paciente para atendimento especializado.

§ 6º Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização em relação ao conteúdo da presente Lei, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar apta ao exame dos formulários M-CHAT respondidos perante o Sistema de Saúde.

§ 7º O Estado pode fazer a inclusão no aplicativo de celulares smartphone Saúde Online Paraná do formulário M CHAT, para que pais ou responsáveis respondam o questionário, com seu imediato encaminhamento para a equipe multidisciplinar responsável, observando o local de residência do cadastro.

§ 8º O sistema eletrônico pode efetuar o envio prioritário dos questionários que, após análise por inteligência artificial, demonstrem chance de diagnóstico positivo.

§ 9º Caso o resultado do questionário indique diagnóstico positivo, o profissional responsável pela avaliação comunicará de imediato a necessidade de agendamento de acompanhamento com profissional especializado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 58. O Estado pode disponibilizar avaliação por equipe multiprofissional para rastreamento precoce de possíveis comportamentos autísticos ou diagnóstico precoce com vistas à intervenção precoce, à reabilitação e à atenção integral às necessidades da pessoa com TEA.

§ 1º A intervenção precoce, a reabilitação e a atenção integral citados no *caput* deste artigo devem ser decorrentes de atendimento especializados nas seguintes áreas:

I - neurologia;

II - psiquiatria;

III - psicologia;

IV - psicopedagogia;

V - psicoterapia comportamental;

VI - odontologia;

VII - fonoaudiologia;

VIII - fisioterapia;

IX - educação física;

X - musicoterapia;

XI - equoterapia;

XII - hidroterapia;

XIII - terapia nutricional;

XIV - terapia ocupacional.

§ 2º A avaliação por equipe multiprofissional é instrumento fundamental para o encaminhamento aos atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo, bem como para o planejamento e gestão das áreas de saúde, da educação e da assistência social.

§ 3º Para maior eficácia, os atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo podem ser fornecidos em clínicas, ambulatórios ou centros de referência em autismo, públicos ou privados, que disponham de todos os serviços integrados, para a realização do tratamento terapêutico singular da pessoa com TEA, em todas as fases da vida, podendo ser incluídas outras modalidades, conforme avaliação multiprofissional.

§ 4º A atenção integral às necessidades da pessoa com TEA de que trata o *caput* deste artigo pode incluir a distribuição gratuita de nutrientes, fraldas e medicamentos.

Art. 59. As ações de diagnóstico devem observar a intersetorialidade prevista nesta Lei, por meio de atuação conjunta entre o Estado do Paraná, municípios, Universidades Federais e Estaduais e outras instituições como fundações e associações.

Art. 60. Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar para a realização do diagnóstico.

TÍTULO IV

DOS DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do

atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 61. São direitos da pessoa com TEA:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o

lazer; II - a proteção contra qualquer forma de abuso, exploração e discriminação;

III - o acesso:

a) a medicamentos e exames médicos, quando necessário;

b) à informação com base em evidência científica que auxilie no seu diagnóstico, tratamento e educação; c) à educação e ensino profissionalizante;

d) à moradia;

e) à previdência social e à assistência social;

f) ao tratamento com base em evidência científica;

g) ao diagnóstico precoce;

IV – a participação em atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas ao seu protagonismo, realizada por meio de políticas afirmativas e sendo respeitadas suas limitações;

V - a acessibilidade nas instalações e serviços públicos, inclusive nos serviços eletrônicos com adaptações sonoras e visuais, a fim de evitar incômodos sensoriais;

VI - a garantia de proteção e assistência social necessária para a família, ou responsáveis pela pessoa com TEA, inclusive com atendimento psicológico especializado;

VII – a participação social das organizações da sociedade civil especializadas sobre o TEA, nos espaços consultivos, deliberativos, de fiscalização e articulação das políticas públicas sobre o tema.

Art. 62. A pessoa com TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, deve ser observado o que dispõem as normas federais aplicáveis.

CAPÍTULO I

MECANISMOS DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E CANAL DE DENÚNCIA

Art. 63. Para os efeitos desta Lei define-se discriminação contra as pessoas com TEA qualquer forma de distinção, recusa, restrição ou exclusão, inclusive por meio de comentários pejorativos, por ação ou omissão, seja presencialmente, pelas redes sociais ou em veículos de comunicação, que tenha a finalidade ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, o gozo ou o exercício dos direitos das vítimas.

Art. 64. Comprovada a prática, indução ou incitação de discriminação contra pessoa ou grupo de pessoas com TEA, os infratores ficam sujeitos às seguintes penalidades:

I - advertência escrita acompanhada de um folheto explicativo sobre o TEA, com o encaminhamento do infrator para participação em palestras educativas sobre o tema, ministradas por entidade pública ou privada de defesa de pessoas com TEA, bem como a possibilidade de atuação como voluntário nos Centros de Atendimentos às pessoas com TEA;

II - multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa física; III - multa no valor de 2.000 UPF/PR (duas mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa jurídica.

Art. 65. O gestor escolar ou autoridade competente que recusar de maneira discriminatória a matrícula de estudante com TEA fica sujeito às penalidades previstas na legislação vigente.

Art. 66. Institui o Disque Autismo, que consiste em um serviço de atendimento telefônico gratuito para o recebimento de denúncias de maus tratos e de descumprimento dos direitos da pessoa com TEA, bem como para orientação sobre o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA.

§ 1º O Disque Autismo também pode receber denúncias por meio de *sites* ou aplicativos de celular.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 2º As denúncias recebidas podem ser realizadas de forma anônima, garantindo-se o sigilo das informações, que devem ser encaminhadas aos órgãos competentes para as providências cabíveis.

Art. 67. O número de telefone do Disque Autismo será divulgado por meio de informativos a serem afixados em todas as unidades de ensino e de saúde, públicas e particulares e nos *sites* oficiais dos órgãos públicos estaduais.

CAPÍTULO II

DA RESERVA DE ASSENTOS ESPECIAIS NOS VEÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO INTERMUNICIPAIS

Art. 68. É obrigatória a reserva de assentos especiais nos veículos de transporte público intermunicipais para as pessoas com TEA que necessitam de atenção e cuidados especiais.

§ 1º Os assentos especiais devem estar localizados próximos às portas de entrada e de saída dos ônibus, para facilitar o acesso e desembarque dos passageiros.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 69. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a reserva de assentos especiais para pessoas com TEA.

Art. 70. O descumprimento do que estabelecem os arts. 68 e 69 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO III

DA REDUÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS

Art. 71. Os órgãos públicos podem reduzir a duração da jornada de trabalho dos servidores públicos que sejam pais ou detenham a curatela ou guarda legal de crianças com TEA, em até duas horas diárias, sem redução de vencimentos, a fim de acompanhá-los em consultas médicas e terapias multidisciplinares.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO IV

ANIMAL DE ASSISTÊNCIA EMOCIONAL - ESAN

Art. 72. Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

Art. 73. O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

Art. 74. O passageiro com TEA deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 75. É vedado o transporte de animal de assistência emocional em assento destinado a passageiros, devendo o animal ser acomodado em local apropriado e seguro no interior do veículo.

CAPÍTULO V

GRATUIDADE DE PASSAGENS

Art. 76. As pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência têm direito à gratuidade das passagens em ônibus intermunicipais e intramunicipais, desde que comprovada a condição de pessoa com TEA.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 77. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a gratuidade das passagens para pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência.

Art. 78. O descumprimento do estabelecido nos arts. 76 e 77 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO VI

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

Art. 79. Assegura a prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 80. Os órgãos previstos no art. 79 desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA.

Art. 81. O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

Parágrafo único. Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* deste artigo será aplicada em dobro.

Art. 82. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido no art. 79 desta Lei.

CAPÍTULO VII

GRATUIDADE DE INGRESSOS ESPORTIVOS

Art. 83. Assegura à pessoa com TEA gratuidade em eventos esportivos quando a equipe mandatária tiver sofrido as seguintes penalidades impostas pela Justiça Desportiva:

I - impedimento de realizar a partida com público;

II - perda de renda obtida com a partida.

§ 1º A gratuidade de que trata o *caput* deste artigo será estendida aos pais, cuidadores ou responsáveis da pessoa com TEA, limitada a no máximo dois acompanhantes por pessoa com TEA.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

CAPÍTULO VIII

COMPETIÇÕES PARAESPORTIVAS

Art. 84. Todas as competições paraesportivas realizadas, organizadas, patrocinadas ou apoiadas pela Administração Pública Direta ou Indireta do Estado do Paraná devem possuir categoria exclusiva para pessoas com o TEA com QI maior que 75.

Parágrafo único. No momento da competição, havendo apenas um paratleta presente para participar da categoria especificada, cabe ao indivíduo decidir se deseja que seja realizada a competição nesta categoria e a respectiva premiação.

CAPÍTULO IX

DO BANCO DE EMPREGOS

Art. 85. O Estado pode estabelecer critérios para a criação de banco de empregos para pessoas com TEA.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a criação e manutenção do banco de empregos para pessoas com TEA.

Art. 86. Os critérios para a utilização do Banco de Empregos podem ser definidos pelo Estado.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a devida consecução do Banco de empregos.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 87. As empresas com mais de cem empregados que recebem incentivos fiscais concedidos pelo Estado do Paraná devem destinar no mínimo dois por cento de suas vagas de trabalho para pessoas com TEA.

TÍTULO V

DAS OBRIGAÇÕES DOS PRIVADOS

CAPÍTULO I

DOS ESTÁDIOS

Art. 88. Obriga os estádios e arenas esportivas com capacidade igual ou superior a dez mil pessoas a fornecerem abafadores de ruídos para pessoas com TEA.

§ 1º O abafador de ruídos de que trata o *caput* deste artigo será fornecido no momento da entrada do evento, após a apresentação da Ciptea ou do laudo médico pericial que ateste o TEA.

§ 2º Os responsáveis pela realização de eventos ou gerenciamento de estádios e arenas, por iniciativa própria, podem criar espaços reservados e adaptados para pessoas com TEA, com cadastro, plano de sócio e relações comerciais especiais.

CAPÍTULO II

DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Art. 88. A pessoa com TEA não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 90. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde de suspenderem ou cancelarem, sem justa causa e sem prévio aviso, o fornecimento de seus serviços a consumidores com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 1º Considera-se justa causa, para os fins desta Lei, o previsto nas seguintes hipóteses:

I – inadimplência por parte do consumidor contratante por mais de 180 (cento e oitenta) dias

consecutivos; II – fraude por parte do consumidor contratante no diagnóstico que ateste o TEA;

III – encerramento da prestação de serviços de saúde pela operadora no âmbito do Estado do Paraná.

§ 2º O aviso prévio mencionado no *caput* deste artigo deve ser encaminhado aos pacientes e a seus responsáveis legais, mesmo nas hipóteses em que haja justa causa, por meio de sistema de comunicação que possibilite a comprovação de seu recebimento, com o prazo mínimo de noventa dias antes da suspensão ou cancelamento da prestação dos serviços.

Art. 91. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde a imporem carências ou custos abusivos para os consumidores com TEA em comparação aos planos ofertados aos demais usuários contratantes.

Art. 92. As operadoras de saúde que descumprirem o disposto nesta Lei ficam sujeitas à multa de no mínimo 100 UPF/PR (cem vezes a Unidades Padrão Fiscal do Estado do Paraná).

CAPÍTULO III

DA INCLUSÃO DE PESSOA COM TEA EM PONTOS TURÍSTICOS

Art. 93. Estabelece diretrizes para a inclusão de pessoas com TEA em pontos turísticos, hotelaria e similares, compreendendo albergues, *campings*, *hostels*, pousadas e *resorts*.

§ 1º Considera-se ponto turístico, para os fins desta Lei, o local de interesse onde os turistas visitam, tipicamente pelo seu valor natural ou cultural inerente ou exposto, significado histórico, beleza natural ou construída, proporcionando lazer e diversão.

§ 2º Considera-se hotelaria, para os fins desta Lei, a atividade de comércio que trabalha com o turismo de um modo geral e tem como finalidade atuar nas áreas de hospedagem, alimentação, segurança, entretenimento e outras atividades relacionadas ao bem-estar dos hóspedes, prezando sempre pela qualidade e pelo bom atendimento oferecido.

Art. 94. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem proporcionar às pessoas diagnosticadas com TEA as condições adequadas para inclusão, tais como:

I - salas de dessensibilização ou local para aliviar estímulos;

II - materiais para auxiliar no planejamento da visita – história social – que podem estar inseridos no seu *site*, por meio de *QR Code* ou por meio de material impresso;

III - banheiro família, para que a pessoa com TEA possa utilizá-lo acompanhada de um familiar ou responsável; IV

- placas de atendimento e vagas de estacionamentos prioritários, estampados com o símbolo mundial do autismo;

V - identificação de seus colaboradores para que possam melhor orientar as visitas.

Art. 95. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem:

I - capacitar e treinar seus colaboradores, por meio de empresas e profissionais capacitados por entidades especializadas em TEA;

II - aumentar, em cinquenta por cento, o número de vagas preferenciais reservadas para veículos de pessoas com deficiência.

Art. 96. Nos pontos turísticos, hotelaria e similares em que houver muitos estímulos de som alto devem estar dispostos, no acesso de entrada, placa informativa desta situação, bem como abafador de ruídos, para que a pessoa com TEA, em caso de necessidade, possa fazer uso.

TÍTULO VI

DO CENSO DE PESSOAS COM TEA E DE SEUS FAMILIARES

Art. 97. Cria o Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares (família nuclear) e seu cadastramento, com o objetivo de identificar, mapear e cadastrar o perfil socioeconômico e étnico cultural das pessoas com TEA e de seus familiares, com vistas ao direcionamento das políticas públicas desse segmento social, em especial visando saúde, educação, trabalho e lazer.

Art. 98. Com os dados obtidos por meio da realização do Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares será elaborado um cadastro com as seguintes informações:

I - quantitativas sobre os tipos e os graus de autismo no qual a pessoa com TEA foi diagnosticada; II - necessárias para contribuir com a qualificação, a quantificação e a localização das pessoas com TEA e de seus

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

familiares;

III - sobre o grau de escolaridade, nível de renda, raça e profissão da pessoa com TEA e de seus familiares.

Art. 99. O Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será realizado a cada quatro anos, devendo conter mecanismos de atualização mediante autocadastramento.

Art. 100. O sistema de gerenciamento e mapeamento dos dados contemplará, em sua composição, ferramentas de pesquisa básica e de pesquisa ampla para manuseio pelas Secretarias Estaduais de Saúde, de Educação, de Desenvolvimento Social e Família, de Desenvolvimento Urbano e da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, ou outras Pastas que as substituam, abrangendo os cruzamentos de informações quantitativas necessárias para a articulação e formulações de políticas públicas.

§ 1º Os dados obtidos por meio do Programa são inalteráveis e deverão ser transpostos para o sistema de banco de dados dos órgãos competentes.

§ 2º As estatísticas do cadastro deverão estar disponíveis, preservando-se os direitos invioláveis de sigilo, a fim de proteger as pessoas com TEA e suas famílias para que se possa mensurar a evolução e o georreferenciamento do transtorno na sociedade, bem como a resposta do Poder Público ao tratamento apropriado.

§ 3º Para assegurar a confidencialidade e o respeito à privacidade das pessoas com TEA e seus familiares, as informações contidas no Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares terão caráter sigiloso e serão usadas exclusivamente para fins estatísticos, não podendo ser objeto de certidão ou servir de provas em processo administrativo, fiscal ou judicial.

§ 4º Os dados do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser compartilhados com a administração municipal direta e indireta, bem como com os demais órgãos públicos federais, estaduais e municipais desde que justificada a necessidade pelo requerente, que assinará termo de responsabilidade quanto ao uso dos dados compartilhados.

§ 5º Os órgãos competentes poderão firmar convênio com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná – CRM/PR, ou outro conselho competente para o diagnóstico, para fins de estatística e cadastramento, que hospitais, clínicas e consultórios públicos e privados lhe informem quando diagnosticarem ou tomarem conhecimento de algum paciente com TEA.

Art. 101. A instituição ou órgão responsável pela elaboração e execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares empreenderá estudos para desenvolver outros indicadores de forma a subsidiar com dados estatísticos a melhoria da qualidade no tratamento da pessoa com TEA e, visando uma solução futura por meio de políticas públicas de incentivo específico, poderá informar:

I - a quantidade de profissionais especialistas disponíveis e imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

que atendem na rede pública e privada de forma georreferenciada na capital, região metropolitana e interior; II - qual o déficit de profissionais especializados.

Parágrafo único. Os profissionais especialistas imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo incluem neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, educadores físicos, entre outros.

Art. 102. As pessoas envolvidas na realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares devem ser capacitadas para atuar com pessoas com TEA por equipe multidisciplinar composta inicialmente por:

I - psicólogo;

II - assistente social;

III - psicopedagogo;

IV - fonoaudiólogo;

V - neurologista;

VI - psiquiatra.

Parágrafo único. O processo de capacitação de que trata o *caput* deste artigo será ministrado pela Secretaria Estadual de Saúde e orientado por entidades representativas do segmento da pessoa com TEA.

Art. 103. As estratégias definidas não elidem a adoção de medidas adicionais em âmbito local ou de instrumentos jurídicos que formalizem a cooperação entre os entes federados, podendo ser complementadas por mecanismos nacionais e municipais de coordenação e colaboração recíproca.

Art. 104. Para a execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser estabelecidos convênios e parcerias com órgãos públicos e entidades de direito público ou privado, de acordo com a legislação vigente.

Art. 105. O registro da pessoa com TEA no cadastro estadual proveniente do Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será feito mediante a apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Parágrafo único. A pessoa cadastrada poderá receber, por meio de requerimento à Secretaria de Desenvolvimento Social e Família, ou da Pasta que a substitua, carteira de identificação, com prazo de validade indeterminado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 106. Os critérios e procedimentos para a realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares serão definidos pelo Poder Executivo.

TÍTULO VII

DA UTILIZAÇÃO DO SÍMBOLO UNIVERSAL DA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O AUTISMO

Art. 107. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência; III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

§ 1º Para fins do cumprimento do disposto no inciso III do *caput* deste artigo, os custos ficam a cargo da concessionária ou permissionária do serviço de transporte público.

§ 2º Para fins do disposto no inciso V do *caput* deste artigo, considera-se banheiro família a instalação sanitária: I - com dimensões maiores do que uma cabine sanitária convencional;

II - destinada ao atendimento de crianças, de idosos, de pessoas com deficiência, ou de outras pessoas que necessitam de acompanhamento de terceiros.

§ 3º O descumprimento do disposto neste artigo sujeita os infratores às seguintes

penalidades: I - advertência por escrito na primeira autuação;

II - multa no valor de 50 UPF/PR (cinquenta vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

TÍTULO VIII

DOS SELOS

CAPÍTULO I

SELO ESCOLA AMIGA DO AUTISMO

Art. 108. Institui o Selo Escola Amiga do Autismo, o qual será concedido às escolas que contribuírem para a inclusão social de pessoas com TEA.

Art. 109. O Selo Escola Amiga do Autismo será concedido pelo Poder Executivo, mediante requerimento, às escolas que contribuírem para a inclusão social de funcionários e de alunos com TEA, promovendo a sua inserção na comunidade escolar, dando suporte e apoio para o trabalho e para o estudo.

Art. 110. São objetivos do Selo Escola Amiga do Autismo:

I - a inclusão das pessoas com TEA;

II - a conscientização da família, da sociedade e do Estado sobre a importância da inclusão social da pessoa com TEA;

III - outras medidas que visem a dar suporte e visibilidade à participação e inclusão social das pessoas com TEA na vida comunitária.

Art. 111. O Estado pode estabelecer prazo de validade do Selo da Escola Amiga do Autismo, podendo ser renovado indefinidamente mediante nova avaliação e vistoria.

Parágrafo único. Na hipótese de descumprimento dos critérios que autorizam a concessão do selo antes de expirar sua validade, o Estado pode cancelá-lo sumariamente.

Art. 112. O Estado pode credenciar instituição pública ou privada para avaliar os empreendimentos que pleitearem o Selo da Escola Amiga do Autismo e fiscalizar o fiel cumprimento dos critérios que autorizam a sua concessão.

Art. 113. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Escola Amiga do Autismo.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO II

SELO EMPRESA AMIGA DO AUTISMO

Art. 114. Institui o Selo Empresa Amiga do Autismo, o qual será concedido às empresas que adotem política interna de inserção no mercado de trabalho de pessoas com TEA, ou que contribuam com ações para defesa dos direitos dessas pessoas.

Art. 115. O Selo Empresa Amiga do Autismo será concedido pelo Estado, mediante requerimento, às empresas favoráveis à inclusão das pessoas com TEA, por meio da reserva de postos de trabalho específicos, da capacitação para o exercício de funções de maior remuneração e da promoção ou patrocínio de eventos culturais dirigidos a essas pessoas.

Art. 116. Os pontos turísticos e sistemas de hotelaria que tiverem seus colaboradores devidamente treinados e capacitados para atuarem com pessoas com TEA podem requerer o Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 117. São objetivos do Selo Empresa Amiga do Autismo:

I - enaltecer e homenagear os estabelecimentos empresariais que promovam a inserção no seu quadro de empregados de pessoas com TEA;

II - difundir a importância da adaptação nas empresas para a inserção das pessoas com TEA no quadro de empregados.

Art. 118. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 119. Os estabelecimentos empresariais participantes podem utilizar o Selo Empresa Amiga do Autismo para divulgar e promover a importância da inserção de pessoas com TEA no mercado de trabalho.

§ 1º O selo pode ser utilizado para fins de identificação dos estabelecimentos empresariais, podendo constar em documentos usados, nas correspondências da empresa, na *internet* e em propagandas;

§ 2º O selo pode ser emitido também nos produtos e em embalagens dos estabelecimentos empresariais, assim como em campanhas, publicações, *sites*, material de divulgação, veículos e meios de comunicação.

3º O prazo de participação e uso publicitário do Selo Empresa Amiga do Autismo, na forma do *caput* deste artigo, será

de dois anos, podendo ser renovado por iguais períodos, sempre condicionado a outras iniciativas que venham a ser adotadas pela empresa.

Art. 120. O Selo Empresa Amiga do Autismo não pode ser utilizado para validar os processos de qualidade de produtos ou serviços dos estabelecimentos empresariais.

Art. 121. O uso do Selo Empresa Amiga do Autismo é restrito aos estabelecimentos empresariais participantes, sendo intransferível o direito de uso.

Art. 122. O usuário do Selo Empresa Amiga do Autismo receberá uma cópia digital reproduzível do selo, juntamente com manual de cores e utilização.

Art. 123. O estabelecimento empresarial detentor do Selo Empresa Amiga do Autismo não está autorizado a fazer qualquer alteração gráfica na marca.

Parágrafo único. Alterações nas dimensões do Selo Empresa Amiga do Autismo são autorizadas desde que respeitem as proporções do tamanho, não distorçam, alterem ou danifiquem a figura do selo, mantendo-o legível.

TÍTULO IX

DAS DATAS ALUSIVAS AO TEA

Art. 124. Institui as seguintes datas alusivas ao TEA:

I - Dia de Conscientização do Autismo a ser realizado anualmente em 2 de abril;

II - Semana Azul a ser realizada anualmente entre os dias 1º a 7 de abril;

III - Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee a ser realizada na semana que compreender o dia 3 de janeiro.

Parágrafo único. As datas instituídas neste artigo passam a integrar o Calendário Oficial de Eventos do Estado do Paraná.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 125. O Dia de Conscientização do Autismo e a Semana Azul têm por finalidade:

- I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;
- II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;
- III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;
- IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;
- V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;
- VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 126. Durante todo o mês de abril os prédios públicos de propriedade ou administrados pelo Estado do Paraná devem ser iluminados com a cor azul.

Parágrafo único. Para efeitos desta Lei, consideram-se como prédios públicos do Estado do

Paraná: I - a sede do Poder Executivo;

II - a sede do Poder Legislativo;

III - as sedes dos órgãos da administração pública direta, indireta e das autarquias estaduais; IV - os prédios históricos administrados pelo Estado do Paraná.

Art. 127. A Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee tem por objetivos:

I - conscientizar a população sobre o impacto do *bullying* nas pessoas com TEA;

II - promover encontros com especialistas que atuam com práticas baseadas em evidências; III - incentivar práticas clínicas e educacionais baseadas em evidências;

IV - conscientizar a população para que a pessoa com TEA seja tratada como cidadão ativo; V - apoiar as famílias das pessoas com TEA.

Art. 128. Durante a Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

com TEA – Semana Amy Lee podem ser realizadas as seguintes atividades:

I - palestras;

II - debates;

III - seminários;

IV - audiências públicas;

V - propagandas publicitárias;

VI - distribuição de folhetos e cartilhas informativos;

VII - capacitação de servidores públicos para atendimento de pessoas com TEA.

TÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 129. Veda a aplicação de multa por perturbação sonora a estabelecimentos que prestam atendimento a pessoas com deficiência intelectual ou com TEA, quando a origem da perturbação sonora se dê em razão dos sons ou ruídos de fala resultantes da forma de comunicação e expressão dos deficientes.

Art. 130. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 131. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista de apoio à pessoa com TEA não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas com TEA.

Art. 132. O Estado do Paraná pode promover cursos de capacitação e de formação para os servidores que atuam na área de segurança pública, voltados ao atendimento de ocorrências envolvendo pessoas com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 133. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 134. Revoga as seguintes Leis:

I - nº 17.555, de 30 de abril de 2013;

II - nº 19.025, de 17 de maio de 2017;

III - nº 19.590, de 10 de julho de 2018;

IV - nº 19.876, de 3 de julho de 2019;

V - nº 19.923, de 30 de agosto de 2019;

VI - nº 20.043, de 3 de dezembro de 2019;

VII - nº 20.371, de 27 de outubro de 2020;

VIII - nº 20.379, de 19 de novembro de 2020;

IX - nº 20.430, de 15 de dezembro de 2020;

X - nº 21.432, de 19 de abril de 2023.

Curitiba, de de 2023.

XXXXX

Deputado(a) Estadual

ANEXO ÚNICO

Questionário (Escala M-CHAT-R)

Responda estas perguntas sobre sua criança. Lembre-se de como sua criança se comporta habitualmente. Se você observou o comportamento algumas vezes (por exemplo, uma ou duas vezes), mas sua criança não o faz habitualmente, então responda "Não". Por favor, responda Sim ou Não para cada questão.

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado do cômodo, sua criança olha para o que você está apontando? (Por exemplo: se você apontar para um brinquedo ou um animal, sua criança olha para o brinquedo ou animal?)	() Sim () Não
2. Alguma vez você já se perguntou se sua criança poderia ser surda?	() Sim () Não
3. Sua criança brinca de faz-de-conta? (Por exemplo, finge que está bebendo em um copo vazio ou falando ao telefone, ou finge que dá comida a uma boneca ou a um bicho de pelúcia?)	() Sim () Não
4. Sua criança gosta de subir nas coisas? (Por exemplo: móveis, brinquedos de parque ou escadas)	() Sim () Não
5. Sua criança faz movimentos incomuns com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos?)	() Sim () Não
6. Sua criança aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, aponta para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance?)	() Sim () Não
7. Sua criança aponta com o dedo para lhe mostrar algo interessante? (Por exemplo, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na estrada?)	() Sim () Não
8. Sua criança interessa-se por outras crianças? (Por exemplo, sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	() Sim () Não
9. Sua criança mostra-lhe coisas, trazendo-as ou segurando-as para que você as veja – não para obter ajuda, mas apenas para compartilhar com você? (Por exemplo, mostra uma flor, um bicho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo?)	() Sim () Não

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

<p>10. Sua criança responde quando você a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia ou para o que está fazendo, quando você a chama pelo nome?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>11. Quando você sorri para sua criança, ela sorri de volta para você?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>12. Sua criança fica incomodada com os ruídos do dia a dia? (Por exemplo, sua criança grita ou chora com barulhos como o do aspirador ou de música alta?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>13. Sua criança já anda?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>14. Sua criança olha você nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>15. Sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, dá tchau, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, sua criança olha em volta para ver o que é que você está olhando?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>17. Sua criança busca que você preste atenção nela? (Por exemplo, sua criança olha para você para receber um elogio ou lhe diz “olha” ou “olha para mim”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>18. Sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “ponha o livro na cadeira” ou “traga o cobertor”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>19. Quando alguma coisa nova acontece, sua criança olha para o seu rosto para ver sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para o seu rosto?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>20. Sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser balançada ou pular nos seus joelhos?)</p>	<p>() Sim () Não</p>

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

JUSTIFICATIVA

Justificativa:

O BRASIL TEM 18,6 MILHÕES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, CERCA DE 8,9% da população, segundo IBGE dados atualizados em 07/07/2022 dentre essas deficiências estão aproximadamente 2% da população brasileira, ou seja aproximadamente 6 milhões de pessoas que estão no TEA-transtorno do espectro do Autismo. A população com deficiência tem menor acesso à educação, trabalho e renda, os maiores percentuais da população com deficiência em 2022 foram entre mulheres, pessoas autodeclaradas pretas e na região Nordeste. Essa política vai de encontro com o Tratado de Nova Yorke a Convenção da ONU, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional, que o Brasil firmou. A proposta dessa política é que a convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à

educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade e deve ser elaborado com a participação de mais da sociedade civil, governos, estadual e municipal. Com os números expressivos de autistas no Brasil, objetiva-se com a criação em caráter de urgência de uma Política Estadual que contemple o indivíduo no espectro, tanto uma política de educação especial, que o Brasil não tem, quanto as da saúde que são ineficazes até o presente momento. Assim essa Política Pública de inclusão social tem como objetivo desenvolver ações de participação social e de combate à desigualdade, exclusão ou restrição que impedem o exercício de direitos em equidade de condições para os indivíduos que estão no espectro do autismo.

Objetiva-se instituir o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA, promovendo a consolidação de onze leis estaduais atualmente vigentes, bem como de diversas proposições que tratam sobre o tema e que estão em trâmite nesta Casa.

O processo de consolidação de leis é disciplinado pelo *caput* do art. 22 da Lei Complementar nº 176, de 11 de julho de 2014, o qual prevê:

Art. 22. A consolidação consistirá na integração de todas as leis pertinentes à determinada matéria em um único diploma legal, revogando-se formalmente as leis incorporadas, sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados.

Este Código, dentre outros assuntos, reúne toda a matéria relativa às pessoas com TEA: direitos, deveres, diretrizes para formulação e implementação da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, obrigações dos privados, censo, utilização do símbolo universal sobre a conscientização sobre o autismo, instituição de selos, datas alusivas,

Por consequência, a reunião de toda legislação esparsa e dos projetos de lei que, caso aprovados, constituiriam leis autônomas sobre o autismo, tem o intuito de facilitar a pesquisa, acesso, conhecimento e, por consequência, aplicação de seus dispositivos ou busca dos direitos da pessoa com TEA perante todos os órgãos e instâncias competentes.

O presente Código possui relevância para a toda sociedade e para o Poder Público Estadual, enquanto responsável por importantes políticas públicas para a pessoa com TEA.

Desta forma, disciplinar os direitos das pessoas com TEA, bem como os deveres do Estado e da sociedade para com essas pessoas, é uma forma de garantir dignidade, inclusão social e acolhimento tanto para as pessoas com TEA quanto para as suas famílias.

DEPUTADO EVANDRO ARAUJO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA ANA JÚLIA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:44, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MABEL CANTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ FERNANDO GUERRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO THIAGO BUHRER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCIO PACHECO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BAZANA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:48, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCEL MICHELETTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:49, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALEXANDRE AMARO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:51, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:52, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARCIA HUÇULAK

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO FABIO OLIVEIRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:56, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TERCÍLIO TURINI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:19, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:21, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ANIBELLI NETO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:24, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALISSON WANDSCHEER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GOURA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:43, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MOACYR FADEL

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 12:11, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIS RAIMUNDO CORTI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:10, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

MARIA VICTORIA BORGHETTI BARROS

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:40, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BATATINHA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CLOARA PINHEIRO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 16:18, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:16, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO TITO BARICHELLO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILSON DE SOUZA

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 12:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ARILSON CHIORATO

Documento assinado eletronicamente em 25/08/2023, às 16:04, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PAULO GOMES

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 09:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:07, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADÃO LITRO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO REQUIÃO FILHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARLI PAULINO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:35, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CRISTINA SILVESTRI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:50, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA FLÁVIA FRANCISCHINI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:57, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TIAGO AMARAL

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:59, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO JACOVÓS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NELSON JUSTUS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:08, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PROFESSOR LEMOS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:09, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO SOLDADO ADRIANO JOSE

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:27, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MATHEUS VERMELHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NEY LEPREVOST

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:34, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO COBRA REPORTER

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DENIAN COUTO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GUGU BUENO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:49, conforme Ato da
Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 710 e o
código CRC 1A6D9B2B7A9B7CF

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11575/2023

Informo que esta proposição foi apresentada na **Sessão Ordinária do dia 28 de agosto de 2023** e foi autuada como **Projeto de Lei nº 710/2023**.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:30, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11575 e o código CRC 1B6D9B3C2F4F7BE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11576/2023

Informo que, revendo nossos registros em busca preliminar, constata-se que a presente proposição não possui similar nesta Casa.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:41, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11576 e
o código CRC 1A6F9C3F2F4F8DC

SUGESTÕES PARA PL TEA:

- Criar um PL proibindo que a verba pública seja destinada ao que não tem comprovação científica da sua eficácia, tanto na saúde como na educação, isso proteja o brasileiro de ser explorado por charlatões, picaretas que se aproveitam da vulnerabilidade das famílias para vender tratamentos e terapias que não tem eficácia alguma. A ciência faz os experimentos necessários, nós não precisamos submeter a população a isso. Hoje temos disponibilizado pelo SUS práticas integrativas, mesmo sendo destinada só para experimentos, elas estão no rol da ANS, não pode, é um risco, um exemplo foi a constelação familiar que mês passado foi condenada pela ONU.

-CRIAR UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO INCLUSIVO:

DICAS:

Podemos criar nosso “SISTEMA INCLUSIVO” para todas as Pessoas?

Sim, não precisamos esperar uma lei específica pra fazer o que é necessário e está ao nosso alcance, as que temos já são suficientes.

Os municípios tem autonomia pra criar suas normativas e regras na educação;

-Existem modelos que estão mudando a realidade da educação no brasil, ex: Estado do Pará, a universidade tem um modelo de PEI baseado nas melhores práticas com evidência, em Sta, Catarina tem um CMEI baseado em aba.

LINKS, TUDO GRATUÍTO QUE PODEMOS UTILIZAR SEM MEDO DE SER FELIZ:

Não vamos encontrar textos orientadores na educação Inclusiva, mas tem uma saída:

- LBI 13.146/15- seus artigos 27 ao 30;**
- BNCC-adaptações de currículo;**
- Eca, assegura as adaptações para os alunos com dificuldade de aprendizagem;**
- Lei 12.764/12- todos os direitos dos autistas**

-AUTISMO COMPREENÇÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

<https://drive.google.com/file/d/1eYFrTxOsrFxoTNXTmi9fCz9yY9D52vys/view?usp=sharing>

-Legislação Jurisprudência e Políticas Públicas

<https://drive.google.com/file/d/11pwq6i9tyvt79uGqfyqR8dqZ5OmdsOG4/view?usp=sharing>

-Coletânea ANEC

https://drive.google.com/file/d/11vpp-AISqnuJWIK3USt2ozE6hv6_I0Ca/view?usp=sharing

-CASP-Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o TEA

<https://drive.google.com/file/d/10cezzqWJr7-R5WyG-NiKLFR-XDf0XQlc/view?usp=sharing>

B.F. Skinner P/ M^a Martha Hubner(documentário-ABA)

Skinner e a Análise do Comportamento

https://youtu.be/0Hn9dN1_W4U

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

Paulo Liberalesso

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

Lucelmo Lacerda

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO:

Elyse Matos

Marlla Mendes



**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda

1ª edição



Curitiba - PR - 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Autores: Paulo Liberalesso
Lucelmo Lacerda

Organização: Elyse Matos
Marlla Mendes

Revisão: Maria Alice Mendes

Projeto gráfico, capa e diagramação: Marcos Venicius Valentin
Supervisão: Elyse Matos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Liberalesso, Paulo

Autismo : compreensão e práticas baseadas em evidências [livro eletrônico] / Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda. -- 1. ed. -- Curitiba : Marcos Valentin de Souza, 2020.

PDF

"Movimento Capricha na Inclusão".

Bibliografia

ISBN 978-65-00-12458-3

1. Autismo 2. Autismo - Diagnóstico 3. Autismo - Pacientes 4. Evidências I. Lacerda, Lucelmo.
II. Título.

20-49360

CDD-616.8982

NLM-WM 203

Índices para catálogo sistemático:

1. Autismo : Medicina 616.8982

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Esta obra não é vendida. Ela faz parte de um projeto educativo, sem fins lucrativos. Todos os direitos reservados.



contato: caprichanainclusao@gmail.com

PREFÁCIO

Há 60 anos: “O fato de que uma média de não mais de 8 pacientes por ano possa ser diagnosticada, com razoável certeza, com autismo (em um período de vinte anos), em um centro de referência como esse, sugere que **esse é um transtorno muito infrequente** especialmente se considerarmos que são referidos de toda a América do Norte.”

Leo Kanner, “The specificity of early infantile autism”, Acta Paedopsychiatrie, 1958.

Hoje: Prevalência de Transtornos do Espectro do Autismo = 1 para cada 54 crianças.

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. Surveillance Summaries, Março 27, 2020 / 69(4); 1-12.

“Como podes dizer que o Autismo deve ser considerado um problema prioritário de saúde pública no Brasil quando ninguém nem sabe quantos autistas existem no país?”

Relato pessoal: conversa entre o Dr. Carlos Gadia e representante do Ministério da Saúde (2012).

É um prazer e uma honra para mim poder fazer o prefácio dessa primeira cartilha do movimento **Capricha na Inclusão**. Visa proporcionar informação de qualidade e difundir as práticas baseadas em evidências no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), de modo a permitir o fomento e criação de políticas públicas a partir de dados cientificamente comprovados.

O texto é de fácil compreensão, para facilitar a sua utilização por todos aqueles interessados que não sejam, obrigatoriamente, especialistas no assunto, mas que possam desempenhar um papel importante na elaboração de políticas públicas sobre o TEA. Os autores, dois dos maiores especialistas em TEA no Brasil, utilizam-se de exemplos para facilitar o entendimento de definições, classificações e intervenções, cuja compreensão é imprescindível para uma avaliação mais criteriosa da enorme quantidade de material que tem sido publicado (livros, capítulos, artigos e media social) a respeito do TEA nas últimas décadas.

Na primeira parte da cartilha, o Dr. Paulo Liberalesso, um dos mais reconhecidos neuropediatras especialistas em TEA do país, nos fala sobre as “Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas no Transtorno do Espectro Autista”. Faz uma excelente revisão histórica do termo autismo e das diferentes classificações desse transtorno desde o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), em 1952, até chegar ao nosso presente entendimento a cerca do Transtorno do Espectro do Autismo, assim definido pelo DSM-5, em 2013. Os distintos critérios são documentados e o autor nos brinda com comentários pessoais a respeito de cada um deles, nos permitindo uma compreensão mais clara da neurofisiologia específica. Os diferentes níveis (1, 2 e 3), definidos a partir do DSM-5 (2013), também são detalhados com clareza.

A seguir, na segunda parte da cartilha, o Professor Lucelmo Lacerda (doutor e pós-doutor em Educação e Educação Especial), um dos maiores estudiosos do autismo e inclusão escolar no país e um dos criadores do **Capricha na Inclusão**, faz um breve mas muito útil comentário a respeito do que pode ser definido como evidência científica, em seus diferentes níveis. Logo após, nos oferece uma extensa e criteriosa revisão de todas as intervenções baseadas em evidência, no que diz respeito ao TEA. Utiliza, para tanto, os resultados da mais recente publicação sobre o tema: o “*Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*”, pela *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice*, em Maio de 2020. Cada uma das 28 práticas baseadas em evidências são descritas e o autor adiciona, ao final de cada item, um artigo representativo das referidas práticas, conduzindo, assim, a uma melhor compreensão dessas intervenções.

Enfim, esta Cartilha, com certeza, se tornará indispensável para todos aqueles que almejem alcançar entendimento com suporte do ponto científico a respeito do TEA, e um elemento de grande valia para as pessoas com a responsabilidade de sugerirem ou criarem políticas públicas voltadas a esse Transtorno, que é considerado como um “Problema de Saúde Pública Mundial” pela OMS.

Acreditamos ser uma enorme contribuição do **Capricha na Inclusão** para esse espaço, ainda pouco aproveitado, da interface entre ciência e políticas de saúde e educação públicas no Brasil, que tanto poderá contribuir para a comunidade de milhões de famílias de pessoas com autismo e, de uma maneira mais ampla, de pessoas com deficiências, em geral, no nosso país.

Carlos Gadia, MD

Associate Director, Dan Marino Center - Nicklaus Children’s Hospital - USA;
Clinical Assistant Professor, Department of Neurology University of Miami Miller School of Medicine;
Clinical Associate Professor of Neurology, Herbert Wertheim College of Medicine - Florida International University;
Clinical Assistant Professor of Pediatrics - Nova Southeastern University;
Diretor Médico - TISMOO Biotech Company;
Diretor Médico - Membro do Board - Instituto ICO Project - Curitiba - Brasil.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Há, aproximadamente, cinco anos eu conheci uma criança...
E eu me lembro daquele dia como se fosse ontem pela manhã...
Eu me lembro do que foi dito e do que não foi possível dizer...
Eu me lembro do rosto dos pais... eu me lembro dos gestos...
Eu me lembro daquela criança andando pelo consultório...
Uma criança linda e que não podia falar...
Ele parecia não compreender exatamente o nosso mundo...
Ele parecia preferir viver no mundo dele...
Talvez o nosso não fosse bom o suficiente...
Com o tempo, pude conhecer seu sorriso fácil e contagiante...
Pude conhecer aqueles olhos claros e seu olhar puro...
O olhar carismático que só encontramos em almas boas...
Com o tempo, as primeiras palavras foram surgindo...
Ele passou a compreender melhor o nosso mundo...
A cada dia que passava ele parecia estar mais próximo de nós...
Obrigado Joaquim... você tem sido uma inspiração para mim...
Inspiração para estudar mais, compreender mais, ajudar mais...
Por algum motivo, naquela manhã, teus pais te levaram para mim...
Sei que ainda temos um longo caminho juntos para percorrer...

Paulo Liberalesso

PALAVRA COM A PESSOA AUTISTA

Considero o início de minha trajetória como um autista ativista no momento em que defini como objetivo contribuir para a comunidade do autismo. Os desafios são muitos e, sem dúvidas, um dos maiores é compreendermos o autismo como uma condição espectro, que revela infinitas possibilidades e necessidades de apoio. Logo percebi que, para melhor compreender os problemas e pensar como contribuir, precisaria estar inserido na comunidade, entendendo as necessidades, de extremidade a extremidade, do espectro amplo do autismo.

Conhecer melhor a comunidade do autismo foi algo extremamente prazeroso e enriquecedor. Pude me aproximar de outros autistas semelhantes a mim, ao mesmo tempo em que pude notar o quanto um autista pode ser diferente de mim. Também pude conhecer inúmeras mães e pais e seus filhos que, através de suas palavras e atitudes, deram-me a oportunidade de entender melhor o que comumente é chamado de amor – mas dessa vez, sob uma perspectiva fora do senso comum: uma perspectiva atípica, de quem não tem outra opção senão lidar com todos os desafios sociais e exaustão que o autismo pode trazer.

Todas essas pessoas com autismo que conheci e ainda conhecerei têm o direito de se desenvolverem, pois trata-se de um direito humano fundamental. O sonho pela plenitude de desenvolvimento é movido pelo amor, mas pode apenas ser garantida quando combinada com eficiência – e a eficiência, conseguimos através das práticas baseadas em evidências.

William Chimura

Pessoa Autista, diagnosticado com Síndrome de Asperger (TEA), presidente da AUTINC (Autistas pela Inclusão), programador, youtuber e mestrando em Informática para Educação pelo IFRS. Conduz pesquisas que investigam como artefatos tecnológicos (aplicativos e jogos) podem contribuir para avaliação e aprendizagem de crianças com TEA.

INTRODUÇÃO

Este primeiro livro organizado pelo Movimento Nacional **Capricha na Inclusão** tem o objetivo de informar gestores públicos, políticos e professores sobre as práticas baseadas em evidências na intervenção no autismo. Embora escrito com rigor técnico, sua linguagem permite o entendimento também daqueles não afetos à temática.

Se por um lado, o indivíduo com autismo tem o direito de se beneficiar de intervenções que possam, efetivamente, resultar na melhora em sua qualidade de vida, por outro lado, é dever do poder público construir políticas públicas que visem resultados concretos, priorizando a utilização dos recursos públicos com intervenções de eficácia científica comprovada.

Assim, é com muita satisfação que damos início a nossa série de livros informativos.

Agrademos imensamente a preciosa colaboração do neuropediatra Dr. Paulo Liberalesso e do professor Dr. Lucelmo Lacerda na autoria do livro.

Agradecemos, ainda, ao neuropediatra Dr. Carlos Gadia pelo importante prefácio, e ao presidente da AUTINC “autistas pela inclusão”, William Chimura pela significativa nota de apoio.

Esperamos que nossos livros sirvam de norte ao entendimento do que é eficaz e seguro em matéria de intervenção no autismo.

Elyse Matos

Advogada, mestre em direito francês, europeu e do comércio internacional pela Sorbonne Université (Paris II), certificada em empreendedorismo e inovação pela Stanford University, fundadora do Instituto Ico Project e membro do Movimento Capricha na Inclusão.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

por Paulo Liberalesso

Fundamentos históricos

O termo “autismo” foi utilizado, pela primeira vez, em 1908 pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler para descrever pacientes com sintomas que ele julgava semelhantes àqueles observados na esquizofrenia. Bleuler nasceu em 1857, na pequena cidade de Zollikon, estudou Medicina e Psiquiatria e, em 1898, assumiu a cátedra de Psiquiatria da Universidade de Zurique, transformando-a em uma referência mundial no estudo das doenças mentais.

Neste período, nomes como Carl Gustav Jung e Eugène Minkowski trabalharam como seus assistentes, documentando seu grande prestígio à época. O livro “A psicologia da demência precoce,” publicado em 1906 por Jung, teria forte influência sobre o pensamento de Bleuler, que neste mesmo ano começaria a utilizar, em suas obras, o termo “esquizofrenias” (no plural), demonstrando sua ruptura com o clássico pensamento kraepeliniano (Emil Kraepelin), uma vez que ele acreditava que esta não se tratava de uma doença única mas, sim, de um grupo de doenças com um núcleo psicopatológico semelhante.

Em 1911, Bleuler publica sua monografia intitulada “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”, uma obra clássica na História da Psiquiatria. É justamente neste contexto que Bleuler

construiu e fundamentou seu pensamento de que o “autismo” faria parte de um grupo maior de psicopatologias, incluindo-o como “algo semelhante à esquizofrenia”^{1,2}, equívoco conceitual que posteriormente seria corrigido pelas novas descobertas da Psicologia, da Psiquiatria e da Neurologia. Bleuler estudou as neuroses, o alcoolismo, os distúrbios da sexualidade e muitos outros temas, frequentemente influenciado por Sigmund Freud. Reconhecido como um homem extremamente culto, ele conhecia poesia, literatura clássica e estudava os fenômenos da natureza. Faleceu em julho de 1939, em sua cidade natal.

Em 1943, o psiquiatra alemão Leo Kanner publica o clássico artigo “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, descrevendo 11 crianças que apresentavam uma “tendência ao isolamento e um intenso desejo pela mesmice”. Este artigo é considerado, historicamente, um dos mais importantes no estudo do transtorno do espectro autista (TEA)³. Kanner nasceu em 1896, em uma pequena cidade austro-húngara chamada Klekotow e estudou Medicina e Psiquiatria, tendo se formado na Universidade de Berlim. No mesmo ano de sua formatura, Kanner emigrou para Dakota do Sul, nos Estados Unidos, onde iniciou a carreira de médico. Considerado um grande estudioso dos distúrbios mentais, aos 34 anos fundou o Departamento de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário Johns Hopkins, em Baltimore. Kanner atuou como diretor deste Departamento até se aposentar, em 1959, mas teve uma vida profissional intensa e academicamente produtiva até sua morte por insuficiência cardíaca, em 1981, aos 87 anos⁴.

Em 1944, o pediatra austríaco Johann “Hans” Friedrich Karl Asperger publicou o artigo “A Psicopatia Autista da Infância”, descrevendo pacientes com sinais e sintomas semelhantes aos observados por Kanner, mas destacando que parte deles apresentava um interesse intenso e restrito por assuntos específicos. Embora Asperger tenha escrito mais de 300 artigos a respeito do que ele denominava “psicopatia autística”, seus textos passaram praticamente despercebidos pela comunidade acadêmica mundial, sendo seu valor reconhecido apenas postumamente. Toda sua produção científica, evidentemente redigida no idioma alemão, fica-

ria praticamente desconhecida até o início da década de 1980, quando começaria a ser traduzida para o Inglês.

Nos últimos anos, historiadores têm associado, repetidamente, Hans Asperger ao regime nazista. E, de fato, sabe-se que ele ocupava uma alta posição de comando sobre outros médicos judeus, e há dados que sugerem fortemente que ele teria atuado no envio de pelo menos duas crianças com deficiência para clínicas de pesquisa e extermínio, como a de Am Spiegelgrund, onde eram realizados experimentos com seres humanos. Suas frequentes demonstrações de lealdade ao regime nazista e cooperação com os programas de eutanásia infantil conferiram-lhe promoções na carreira médica, além de prestígio entre os membros do partido nazista^{5,6}.

Nota explicativa: Am Spiegelgrund era uma clínica localizada em Viena, que funcionou durante a Segunda Grande Guerra Mundial, como parte do Hospital Psiquiátrico Am Steinhof, onde centenas de pacientes, a maioria crianças, foram mortos nos programas de eutanásia infantil fomentados pela Alemanha nazista⁷. Nesta clínica, e em diversas outras, crianças, adolescentes e jovens com deficiências eram submetidos a abusos psicológicos, físicos e à fome extrema como parte de pesquisas médicas. Ao término dos experimentos, os que haviam sido capazes de sobreviver eram, então, assassinados com a administração de injeção letal, exposição a gases tóxicos ou inanição. Centenas de cérebros humanos foram encontrados, armazenados neste hospital para “estudos futuros”^{5,6}.

O nome Lorna Wing está marcado na História da Medicina e não poderíamos ignorar a enorme contribuição desta psiquiatra inglesa ao autismo. Mãe de uma garota com autismo, Lorna e seu marido John nada conheciam a respeito do transtorno, até o nascimento da filha Susie, em 1956. Impulsionada pela necessidade de adquirir conhecimento a respeito do tema, ela realizou ampla pesquisa científica no campo do desenvolvimento humano socioemocional e, posteriormente, no campo do autismo propriamente dito.

Juntamente com um grupo de pais de crianças portadoras do TEA, Lorna fundou, em 1962, no Reino Unido, a National Autistic

Society. É importante lembrarmos que naquele momento predominavam as ideias impulsionadas pela psicanálise, pelos trabalhos de Kanner (que citou diversas vezes a “participação dos pais emocionalmente ausentes na origem do quadro evasivo de comportamento das crianças autistas”) e pelos estudos de Bruno Bettelheim, grande responsável por difundir o terrível conceito da “mãe geladeira”, atribuindo a essas mulheres o isolamento social de seus filhos.

Bettelheim era um judeu austríaco, que durante a Segunda Guerra Mundial foi enviado ao campo de concentração de Buchenwald, onde observou, durante longos períodos, o comportamento de seres humanos submetidos a condições extremas de crueldade, abusos e inanição forçada. Infelizmente, estas observações lhe serviriam de base para a elaboração de suas teorias a respeito do autismo. Bettelheim foi acusado de citar uma falsa proximidade com Freud (com quem, na verdade, não mantinha qualquer laço de amizade), de maltratar seus pacientes autistas, criar dados científicos fictícios e fantasiar teorias sem nenhuma sustentação científica. Ele cometeu suicídio em 1990, aos 86 anos^{8,9}.

Mas, retornando à psiquiatra Lorna Wing, devemos lembrar que ela foi uma das primeiras médicas que destacou a importância da contribuição genética para a origem do autismo, tendo inclusive realizado pesquisas de campo nesse sentido, além de lhe ser atribuída a introdução do termo “síndrome de Asperger” no ano de 1976¹⁰.

Fundamentos para o diagnóstico do TEA

O “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM) é um livro editado periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria, utilizado pelos profissionais de saúde nos Estados Unidos - e na maior parte dos países do mundo - como um norteador para o diagnóstico das condições neuropsiquiátricas. No DSM, constam os critérios clínicos, sinais e sintomas necessários para o diagnóstico de cada transtorno mental, sendo um uniformizador de termos e conceitos para os profissionais de saúde ao redor do mundo. Além de sua aplicação na prática clínica diária, o DSM também é importante para que pesquisadores pos-

sam compreender, de modo preciso, os termos utilizados em pesquisas clínicas.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” (DSM-I), classificando o autismo como um subgrupo da esquizofrenia infantil. Na edição seguinte, o DSM-II (1968), o autismo permanece classificado como parte integrante das doenças psiquiátricas. Somente por ocasião do DSM-III (1980), o autismo passa a ser reconhecido como uma entidade distinta, sendo classificado entre os transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), juntamente com a síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e os transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra classificação¹¹. Em 1994, o DSM-IV passa a descrever, de forma detalhada, os critérios para os diagnósticos dos TID e inclui a síndrome de Asperger como um diagnóstico específico. O conceito de TID surgiu na literatura científica no final da década de 1960 e embasado, principalmente, nos trabalhos publicados por M. Rutter, I. Kolvin e D. Cohen, não sendo mais um termo rotineiramente utilizado^{12,13}.

A última edição do DSM-5 (2013) trouxe grandes modificações na estrutura diagnóstica do autismo, uma vez que aboliu o termo “transtorno global do desenvolvimento”, transferiu a síndrome de Rett para outro capítulo e reuniu, sob a nomenclatura de “transtorno do espectro autista,” os termos autismo, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação¹⁴.

Segundo as diretrizes do DSM-5, os critérios para o diagnóstico do TEA foram divididos em dois grandes grupos: (a) déficits persistentes na comunicação e na interação social verbal e não verbal em múltiplos contextos e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que atualmente segue, ou por história prévia¹⁴

1. Déficits na reciprocidade socioemocional - e que são variáveis - incluindo abordagem social anormal, dificuldade para esta-

belecer uma conversa coerente, compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, bem como dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

Explicação do autor: embora não saibamos exatamente como o comportamento humano se instala no encéfalo - do ponto de vista neurofisiológico durante o curso da vida - sabemos que ele não é formalmente ensinado entre os seres humanos. E provavelmente isso também não ocorra em nenhuma outra espécie animal. Sabemos, ainda, que o comportamento humano é constituído de forma dinâmica, conforme as experiências e interações entre o indivíduo e o ambiente. Deste modo, entendemos que as pessoas aprendem e incorporam novos comportamentos segundo uma capacidade teoricamente inata de imitação, seguida por reforçamento. Este fenômeno seria capaz de explicar como os seres humanos aprendem a se comportar do ponto de vista de seus relacionamentos sociais interpessoais e como desenvolvem a comunicação em todas as suas dimensões, incluindo a comunicação verbal e não verbal. Deste modo, indivíduos que sejam incapazes ou parcialmente incapazes de realizar cópias adequadas do comportamento, desenvolverão padrões atípicos de comportamento, comprometendo sua capacidade de manter relacionamentos interpessoais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social - que igualmente são variáveis - incluindo comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso de gestos, bem como ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

Explicação do autor: devemos ter cuidado quando analisamos o critério “anormalidade no contato visual” já que muitos o interpretam como “ausência de contato visual”, o que é uma forma incorreta de compreender este critério. Pessoas portadoras de TEA apresentam uma fragmentação do contato visual, ou seja, são frequentemente incapazes de mantê-lo por um período prologado de tempo e, quando solicitados a fazê-lo, relatam certo desconforto. O contato social é muito mais que um ato mecanizado de olhar

nos olhos. Na verdade, trata-se de uma ação mediadora das relações sociais interpessoais. É importante ressaltarmos que o contato visual, em sendo uma ferramenta de interação social, pode ser percebido em seres humanos muito jovens, frequentemente já nos primeiros dias de vida. A título de exemplo, durante o aleitamento materno. Outro aspecto relevante é analisar o critério “déficit na compreensão e aprendizado de gestos e utilização de expressões faciais como mecanismos que compõem a comunicação não verbal”. Como explicado anteriormente, uma vez que o comportamento humano é aprendido por fenômenos de imitação seguidos de reforçamento – tais como gestos motores de bater palmas, acenar para pessoas em forma de cumprimento ou despedida e a própria mímica facial, o que podem não ser naturalmente incorporados ao comportamento de pessoas portadoras de TEA, necessitando de ensinamento formal. A adequada interpretação da comunicação não verbal, gerada pela mímica facial (face de alegria, tristeza, raiva ou medo, por exemplo) é muito frequentemente comprometida nas pessoas com TEA, devendo esta capacidade ser ativamente investigada durante a avaliação clínica).

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, o que inclui dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, compartilhar brincadeiras imaginativas, fazer amigos e, ainda, a ausência de interesse por pares.

Explicação do autor: a correta e precisa compreensão de contextos sociais complexos depende de uma capacidade que o cérebro humano tem – teoricamente inata - de selecionar estímulos relevantes para compreensão do todo. No final da década de 1980, a doutora Uta Frith, uma psicóloga do desenvolvimento, sugeriu que não seria possível explicar determinados aspectos observados em pessoas com autismo, apoiando-se exclusivamente na “teoria da mente”, tais como a incrível perseverança nos detalhes em detrimento da análise do todo, a persistência nas rotinas e parte dos comportamentos aparentemente obsessivos. Desse modo, Frith desenvolveu a “teoria da coerência central”, segundo a qual uma pessoa de desenvolvimento típico deveria ser capaz de, ao anali-

sar uma situação complexa, com múltiplas variáveis de estímulo, selecionar aquelas que lhe permitissem compreender o todo e, temporariamente, negligenciar as variáveis não significantes. Pessoas com autismo, frequentemente, falham ao realizar testes que dependam desta seleção adequada de variáveis significativas (ou seja, que dependam da eficácia da coerência central). Por exemplo: se apresentarmos a uma criança um carrinho de brinquedo e ela for incapaz de analisar o objeto como um todo, fixando-se exclusivamente em uma de suas rodas, esta criança não será capaz de compreender como aquele objeto deve ser utilizado no contexto de uma brincadeira em que se fantasia um carro participando de uma corrida. Ou seja, a não compreensão da função de um objeto impede sua utilização funcional, dificultando o aprendizado de uma série de atividades de vida diária como o uso de talheres, a utilização correta do vaso sanitário, como tomar banho ou, até mesmo, como utilizar um lápis na escola.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia¹⁴

1. Movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotípias motoras simples, entre elas: alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

Explicação do autor: estereotípias são definidas como movimentos repetitivos e rítmicos, sem uma função socialmente clara. Quando as pessoas no TEA são questionadas a respeito da função das estereotípias, elas nos explicam que estes movimentos geram alguma sensação de bem-estar ou equilíbrio (organização) em seu comportamento. Embora a neurociência não compreenda precisamente como as estereotípias se estruturam no cérebro humano, sabemos que alterações em circuitos dopaminérgicos em núcleos da base e cerebelo fazem parte da fisiopatologia. As estereotípias mais frequentemente observadas são balanços das mãos ao lado do corpo ou da cabeça, bater palmas e movimentos cíclicos do tronco para frente e para trás. E estereotípias dinâmicas, envolvendo movimentos mais amplos - como andar ou correr de forma

repetitiva - também são relativamente frequentes. Já as ecolalias correspondem a um uso não funcional da fala, na qual o indivíduo repete a fala de terceiros, sendo classificadas como (a) imediata (a repetição da fala ocorre imediatamente ou com pequeno intervalo após a emissão do falante), (b) tardia (a repetição ocorre com grande intervalo após a emissão do falante), (c) disfuncional (não há absolutamente nenhum caráter comunicativo ou funcional) e (d) funcional (há caráter comunicativo, mesmo que de pouca qualidade). Com o progresso das intervenções terapêuticas e desenvolvimento de estratégias comunicativas (principalmente vocais) a ecolalia tende a reduzir em frequência.

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (como sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

Explicação do autor: a inflexibilidade comportamental e o apego rígido às rotinas podem trazer prejuízos significativos e socialmente relevantes a estas pessoas, reduzindo suas oportunidades de convívio social. Parte do que compreendemos por seletividade alimentar também pode ser explicado por uma rigidez no comportamento natural de experimentar novos alimentos. Crianças com seletividade alimentar geralmente apresentam tanto inflexibilidade, quanto alterações de percepção sensorial.

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego a objetos incomuns ou preocupação com eles, bem como interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).

Explicação do autor: o hiperfoco é uma característica muito frequente em pessoas com autismo e, ao contrário do que se possa imaginar, na maioria das vezes ele traz prejuízos significativos ao aprendizado global, já que o indivíduo passa a negligenciar outros conteúdos em detrimento do aprendizado de um único tema. Outro aspecto é o fato de que, frequentemente, o tema focado não apresenta relevância. Exemplo: uma criança que reconhece as

bandeiras de todos os países do mundo ou que (por seu foco em letras e numerais) aprendeu a ler aos 3 anos de idade. Do ponto de vista da funcionalidade, estas habilidades não agregam conhecimento socialmente relevante naquele momento e, portanto, têm pequena ou nenhuma utilidade prática. Em casos muito específicos, pessoas com autismo podem utilizar o hiperfoco de forma produtiva e, nestes casos específicos, nenhuma intervenção terapêutica deve ser dirigida a este sintoma.

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (como indiferença aparente à dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimentos).

Explicação do autor: possivelmente, as alterações dos sistemas sensoriais sejam as menos compreendidas no TEA até os dias de hoje. Na verdade, uma grande parcela das pessoas com autismo apresenta alterações nas percepções sensoriais visuais, auditivas, táteis, gustativas, olfativas, cinestésicas e vestibulares. Estas alterações podem explicar parte dos comportamentos de seletividade alimentar extrema, bem como as alterações comportamentais frente a estímulos auditivos e visuais que, habitualmente, não trariam desconforto a pessoas de desenvolvimento típico. Embora a neurociência ainda não tenha sido capaz de explicar com detalhes as alterações sensoriais no cérebro das pessoas no TEA, sabemos que circuitos talâmicos de integração sensorial, circuitos cerebelares e do córtex parietal e pré-frontal são envolvidos na fisiopatologia da hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.

Para que o diagnóstico do TEA seja firmado, é fundamental que os sinais e sintomas anteriormente descritos estejam presentes de forma precoce no desenvolvimento da criança (uma vez que o autismo é classificado como uma alteração do neurodesenvolvimento). Contudo, parte destes sinais e sintomas pode não ser totalmente aparente em idades precoces da criança, já que as demandas sociais, provavelmente, são ainda incipientes. Outro aspecto a ser considerado é que pessoas no TEA conseguem aprender estratégias durante sua vida, o que pode mascarar estes sinais

- um fato que precisa ser levado em consideração.

O último aspecto a ser considerado, para o diagnóstico do TEA, refere-se às manifestações clínicas, as quais devem, necessariamente, causar prejuízo funcional social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, não podendo todos os prejuízos ser decorrentes do transtorno do desenvolvimento intelectual ou de atraso global do desenvolvimento. Embora haja, entre a população leiga, um “senso comum” de que autistas são pessoas com capacidades cognitivas e intelectuais muito acima da média e algumas vezes sendo retratados como verdadeiros gênios na mídia, é sempre importante frisar que apenas uma pequena parte das crianças com TEA apresenta uma habilidade prodigiosa ou mesmo uma capacidade extraordinária específica. Portanto, essa crença não pode ser generalizada. Estudos demonstram que um número considerável destas pessoas apresenta comorbidades, com transtorno do desenvolvimento intelectual. E, por isso mesmo, dificuldade em diversas áreas do desenvolvimento, o que compromete sua autonomia e rendimento pedagógico.

Classificação dos níveis de gravidade

A história da Medicina é marcada por uma quase obsessão em classificar a intensidade e a gravidade das doenças e demais condições humanas. Embora no TEA esta classificação traga pouca ou nenhuma importância quando pensamos nas estratégias de intervenção, ela é importante para questões legais ou no estabelecimento do prognóstico.

O TEA é, muitas vezes, uma condição altamente incapacitante, caracterizada por prejuízo clinicamente significativo nos domínios da comunicação e do comportamento, apresentando aproximação social anormal, pouco interesse por pares e prejuízos na conversação. Para classificar a gravidade do TEA, a Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) utiliza o nível de dependência provocado pelo autismo no indivíduo¹⁴.

Nível 1 (leve) - Pessoas no TEA com necessidade de pouco apoio.

Estão classificados no nível 1 pessoas que necessitam de apoio

ocasional e que os déficits na comunicação social provocam pouca repercussão em suas relações interpessoais. Estes indivíduos, habitualmente, têm dificuldade para iniciar interações sociais ou mantê-las com boa qualidade. É menor interesse em interações sociais rotineiras. As tentativas de fazer novas amizades costumam ser malsucedidas. As dificuldades provocadas pela inflexibilidade cognitiva podem ser evidentes nestas pessoas, além de problemas relacionados à organização e ao planejamento.

Nível 2 (moderado) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio substancial.

Estão classificados no nível 2 pessoas que apresentam déficit severos nas suas habilidades de comunicação social (verbal e não verbal). Nestes casos, mesmo com o uso de apoio ou suporte, tais deficiências são claras e significativas, comprometendo substancialmente as relações interpessoais. A busca por novas amizades é consistentemente comprometida e, quando ocorre, sem sucesso pela falta de estratégias comportamentais. A fala expressiva é simplificada e a compreensão da fala de terceiros, muitas vezes, comprometida. Falar de assuntos restritos e de pouco interesse social é frequente e a comunicação não verbal é significativamente inadequada e insuficiente para a manutenção de relações interpessoais. A inflexibilidade cognitiva é perceptível aos observadores e intensa a ponto de comprometer as relações.

Nível 3 (severo) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio muito substancial.

Estão classificados no nível 3 pessoas com comprometimento muito grave na comunicação social verbal e não verbal e cujo comprometimento traz intenso prejuízo ou, até mesmo, impossibilita a ocorrência e a manutenção de interações sociais interpessoais. A busca ou iniciação de um contato social é rara, extremamente limitada ou nem ocorre, bem como as respostas às iniciativas de comunicação de terceiros são severamente limitadas ou inexistentes. Trata-se de pessoas com significativa limitação da fala expressiva e da fala de compreensão, nas quais a inflexibilidade do comportamento gera extrema dificuldade ou incapacidade de lidar com as pequenas alterações das rotinas diárias.

Os comportamentos restritos e repetitivos reduzem suas possibilidades e oportunidades de iniciar e manter relacionamentos interpessoais de modo sustentado ou duradouro.

Referências Bibliográficas

1. E. Bleuler (1911). Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós.
2. Cf. J. Garrabe. Histoire de la schizophrénie. Paris: Seghers, 1992.
3. Kanner L (1943). "Autistic disturbances of affective contact". The Nervous Child. 2: 217-50.
4. Kanner L. "The Paediatric-Psychiatric Alliance". Canadian Medical Association Journal 1938; 38 (1): 71-4.
5. Baron-Cohen S. "The truth about Hans Asperger's Nazi collusion". Nature 2018, 557 (7705): 305-6.
6. Kaelber, Lutz. "Jewish Children with Disabilities and Nazi "Euthanasia" Crimes". The Bulletin of the Carolyn and Leonard Miller Center for Holocaust Studies 2013, 17: 16-23.
7. Czech H. "Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna". Molecular Autism 2018; 9: 29.
8. Fisher, David James: Bettelheim: Living and Dying, Contemporary Psychoanalytic Studies, Amsterdam, New York: Brill/Rodopi, 2008.
9. Pollak, Richard: The Creation of Dr. B: A Biography of Bruno Bettelheim, Simon & Schuster, New York, 1997.
10. Wing L, Gould J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", Journal of Autism and Developmental Disorders 1979, 9: 11-29.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
12. MT, Van der Gaag RJ, Schwartzman JS. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. Rev. Bras. Psiquiatr. 2006; 28 (S1): 12-20.
13. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - DSM-IV. São Paulo: Manole, 1994.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

por Lucelmo Lacerda

Na década de 1980, surgiu um movimento chamado de Medicina Baseada em Evidências, cujo objetivo era o de fazer com que os médicos utilizassem sempre a melhor informação científica para o tratamento de seus pacientes, ao invés de ficarem por toda a vida ligados a práticas antigas, do tempo de sua formação ou, pior ainda, aderissem a tratamentos exóticos e sem comprovação científica, colocando a vida dos pacientes em risco.

Este movimento foi extremamente bem-sucedido e fez a Medicina avançar rapidamente nas últimas décadas, em um ritmo jamais visto. Além da conscientização dos médicos, houve mudança nas grades curriculares das Universidades e, em alguns países, na legislação vigente, vinculando o exercício da Medicina às práticas baseadas em evidências. E um dos fatos mais relevantes foi o desenvolvimento de um campo de estudo para organizar estas evidências em um esquema que permitisse hierarquizá-las.

Isto está relacionado a um conceito importante, que é o de *validade externa*. Digamos que eu faça uma pesquisa com 3 pessoas que tenham pedra nos rins e eu lhes dê um composto que elimine completamente a dor. Seria o suficiente para eu dizer que este composto funciona para todas as pessoas? Não, com certeza. Mas e se fossem 10, 20, 30, enfim, quantas pessoas seriam necessárias?

Este é um desafio metodológico e estatístico. Quando a pesquisa utiliza desenhos de pesquisas fortes, com grande número de pessoas (o grande, aqui, é bem específico, calculado a partir da população pesquisada) e replicações independentes, aí alcançamos a validade externa suficiente para dizer que este procedimento vale para uma grande proporção da população. É neste momento que afirmamos que algo tem evidência. Portanto, é um processo extremamente rigoroso e podemos ter certeza de que quando dizemos que algo tem evidência, nós o dizemos porque foram pesados os prós e contras desse medicamento, dessa suplementação ou dessa intervenção. E há uma clara vantagem em se utilizar deste apoio (a depender, naturalmente, de cada indivíduo).

A primeira questão, portanto, seria pensar um critério, ou seja, o que seria necessário para um conhecimento ser considerado “evidente”? Que características as pesquisas precisariam ter para produzir “evidências? São 3 os critérios distintivos:

a) Relevância – certo conhecimento precisa realmente ser relevante em alguma situação aplicada, ser contra ou a favor de certa aplicação – pode-se produzir, por exemplo, uma pesquisa que indica que determinado tratamento, para autismo, não funciona ou, ainda, que faz mal (contra) ou que diminui comportamento agressivo (a favor);

b) Suficiência – é preciso corroborar outras pesquisas de mesmo tipo, somando comprovações – há critérios estatísticos de amostragem e confiabilidade numérica;

c) Veracidade – garantias de que o processo de coleta de dados não foi contaminado por distorções (há métodos para isso) e livre também de conflitos de interesses (THOMAS, 2007);

Selecionando estes três critérios e correlacionando-os com os desenhos de pesquisa existentes, foi elaborada uma forma de dispor esses conhecimentos de forma hierárquica. Existem algumas formas ligeiramente diferentes de pensar, às quais chamamos de “pirâmide da evidência”, que vai desde o nível mais baixo até o mais confiável, mas as diferenças são pequenas, havendo razoável consenso neste campo. Em se tratando de uma pirâmide, apresentamos do nível mais alto para o mais baixo:

- 1º Revisão Sistemática e Metanálise
- 2º Ensaio Randomizado
- 3º Ensaio não randomizados com grupo controle
- 4º Estudos observacionais
- 5º Estudos não experimentais
- 6º Opinião de especialista (HARBOUR & MILLER, 2010)

Se esta é a pirâmide, o que consideramos que seja uma intervenção com evidência é aquela que apareceu com esta classificação em uma Metanálise, Revisões Sistemáticas e Ensaio Clínico Randomizado com certas características, estes são os estudos que estão no nível mais alto de evidência.

As Metanálises são estudos de Revisão Sistemática de um tipo específico, que busca agregar resultados de estudos comparáveis e que “combina os efeitos dos tratamentos nos estudos individuais em um efeito de tratamento ‘de conjunto’ para todos os estudos combinados e/ou para subgrupos específicos de estudos ou pacientes, e faz inferências estatísticas (MORTON, 1999 *apud* DAVIES, 2007, p. 34).

Já a Revisão Sistemática, segundo Sampaio e Mancini (2007, p. 2):

[...] é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras¹.

Quando ao Ensaio Clínico Randomizado, ele pode ser assim definido:

[...] um estudo prospectivo que compara o efeito e valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) com controles em seres humanos, no qual o investigador distribui o fator de intervenção a ser analisado de forma aleatória através da técnica da randomização; dessa forma, os grupos experimentais e de controle são formados por um processo aleatório de decisão. Pode se referir a fármacos, técnicas ou procedimentos^{1,2}. O termo eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados. Efetividade refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano².

Esta forma de fazer medicina foi tão bem sucedida, com um avanço tão rápido da prática médica em tão pouco tempo, que sua lógica passou a ser adotada por outros campos de intervenção na vida humana, sendo aproveitada, por exemplo, na Psicologia (LEONARDI, 2016) no Serviço Social (SMITH, 2004), Educação (THOMAS & PRING, 2007), Terapia Ocupacional (LAW, BAUM & DUNN, 2005) entre outras áreas de intervenção.

O autismo, evidentemente, não poderia ficar de fora, sobretudo quando levamos em consideração que há uma janela de oportunidades até os 3 anos e que não se repete em nenhuma outra fase da vida. Não é possível “ficar tentando” para “ver o que dá certo”. É preciso, isto sim, apoiar-se no que temos certeza e investir ao máximo nas certezas.

Os EUA aprovaram duas leis fundamentais: *No Child Left Behind*, 2002 e depois o *Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, 2004. Ambas reafirmam um elemento essencial, ou seja, só é permitido usar dinheiro federal, no país, se houver evidências de que ele está sendo bem usado, que a intervenção financiada possui evidências de eficácia. Esta legislação lançou os

holofotes sobre as metanálises para os tratamentos do autismo, que passaram a ter o poder vinculativo de “liberação” de verbas do governo estadunidense.

Foram muitas as Revisões Sistemáticas - com ou sem Metanálise - produzidas no mundo a respeito do autismo. Não falaremos de todas elas, mesmo porque seus resultados são semelhantes, com ligeiras diferenças na forma de abordar as intervenções. Concentrar-nos-emos em somente duas iniciativas: a maior de todas, mais completa, que aborda os tratamentos com evidência, os sem evidência. E aquelas cujas evidências sugerem inclusive que podem ser prejudiciais - o *National Standard Project* - que descreve qual é a melhor intervenção global em autismo. E descreveremos melhor a Revisão Sistemática do *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team* - NCAEP, denominado *Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism*, que foi publicada em 2020 e tem uma revisão traduzida em português³.

Sugiro, veementemente, que NÃO confiem neste autor. Veja bem: ele tem todo o interesse em dizer que uma coisa é melhor do que outra para vender mais. Conheço esse tipo e com certeza não é de confiança.

Eu sei que parece confuso, mas eu sugiro que se mantenham em estado de alerta, desconfiando, posto que todos têm seus interesses. Ao mesmo tempo, eu sei que você está se perguntando “Mas se não posso confiar em ninguém, como vou saber o que é melhor para meu filho/cliente/aluno com autismo?” Pois a resposta é simples: leia você mesmo as evidências científicas disponíveis. Vamos lhe apresentar, brevemente as informações disponíveis nos estudos citados. E o melhor caminho, para você, é acessar os estudos originais, conferir o que dissemos e ampliar os seus conhecimentos.

O National Standard Project

O *National Standard Project* é um projeto do *National Autism Center* - NAC, nos Estados Unidos. Este órgão é parte do *May Institute* e seu objetivo é realizar pesquisa aplicada para o TEA e compartilhar informações com a população, sobretudo pais, professores e terapeutas sobre estes tratamentos. A perspectiva do

NAC é o da utilização de práticas baseadas em evidências para o tratamento do TEA.

Foi publicada uma primeira fase deste projeto no ano de 2009 com as evidências disponíveis até aquele momento. E uma segunda fase no ano de 2015⁴, incorporando os estudos analisados na primeira fase e novos estudos publicados entre um período e outro, constituindo, portanto, uma base não só enorme, mas absolutamente atual.

Este projeto se propôs a alguns objetivos:

- Apresentar a força da evidência que apoia tratamentos educacionais e comportamentais centrados nas características principais desses distúrbios neurológicos [o TEA];
- Descrever a idade, o diagnóstico e as habilidades/comportamentos visando à melhoria, associada às opções de tratamento;
- Identificar as limitações do corpo atual de pesquisa sobre o tratamento do autismo;
- Oferecer recomendações para se envolver em práticas baseadas em evidências para o TEA⁵.

O NSP de 2015 descreveu 14 práticas com evidência para autismo, elas são, em sua maioria, práticas focais, isto é, que têm por objetivo atuar em uma questão específica, mas também trouxe uma prática global, e é esta que iremos apresentar agora:

Intervenção Intensiva e Precoce

Trata-se de um modelo de intervenção que é considerado o tratamento prioritário para o Transtorno do Espectro Autista e deve ter algumas características fundamentais:

1. Ser precoce – a lógica da precocidade é simples, quanto antes começar a intervenção, tanto melhor⁶, mas o encaminhamento à intervenção depende do diagnóstico, como se dá nas pesquisas, ou na sinalização de risco para autismo, que não é feita logo após o nascimento, mas com o aparecimento de sinais do Transtorno do Espectro Autista. De toda sorte, o período de cobertura da pesquisa vai entre 0 e 9 anos de idade;

2. Ser intensiva – a lógica da intensidade é similar, podendo ser

explicitada pela assertiva “quanto mais intensiva, melhor”⁷, em que a intervenção é feita entre 25h e 40h semanais, com mais o treinamento de pais;

3. Ser íntegra - a intervenção precisa implementar, de forma íntegra, a intervenção e de maneira tão rigorosa quanto apresentada nas pesquisas, de modo que a implementação da intervenção, ainda que intensiva e precoce, torne-se eclética e não perca a efetividade⁸.

4. Ser distendida no tempo - infelizmente, a intervenção não é realizada em pouco tempo, mas a cobertura das pesquisas é de 2 a 3 anos de intervenção intensiva e precoce, sendo que grande parte das crianças necessita da intervenção para toda a vida.

Esta intervenção é fruto de avaliação e planejamento de um Analista do Comportamento, que mantém o caso sob supervisão minuciosa e implementada por um Acompanhante Terapêutico ou Mediador Escolar. Na avaliação, são descritas as habilidades em déficit no repertório do indivíduo, isto é, tudo o que ele deveria fazer por sua idade ou pelo contexto em que vive e não o faz ainda, como falar, imitar, parear, entre outros. E tudo o que está em excesso, ou seja, gritar, chorar, machucar-se. Isso normalmente é feito por meio de protocolos de avaliação comportamental, tais como ABLLS-R, VB-MAPP, PEAK, entre outros. Após a avaliação, são escritos programas comportamentais para cada habilidade em déficit possível de ser ensinada naquele momento. E conforme a criança aprende, novos comportamentos alvo são estabelecidos e novos programas escritos.

O conjunto de dados disponíveis sobre este processo de intervenção demonstrou enormes ganhos nos campos da inteligência, da linguagem, das habilidades sociais e do comportamento adaptativo. E boa parte das crianças, a depender de sua genética pessoal, perde todos os prejuízos do Transtorno do Espectro Autista⁹.

Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism, do NCAEP

Além das intervenções globais, há as intervenções focais, isto é,

que se dedicam especificamente a um comportamento que deve ser diminuído, alterado ou aumentado. Essas intervenções focais são, portanto, projetadas para abordar uma única habilidade ou objetivo de um aluno com autismo¹⁰.

Nesta linha, o *National Professional Development Center* - NPDC realizou uma Revisão Sistemática, publicada como artigo científico em 2015¹¹, com financiamento de atualização e que migrou, posteriormente, para o *Clearinghouse*, dando continuidade ao trabalho e produzindo a publicação de 2020 sobre a qual agora nos debruçamos e que trouxe novas práticas com evidência em relação à pesquisa de 2015, além de um reagrupamento de intervenções.

Foram descritas, neste contexto, 28 práticas baseadas focais baseadas em evidências:

1. Intervenções baseadas no antecedente (ABI)¹²

Definição: as intervenções baseadas em antecedentes (ABI) incluem uma variedade de modificações que são feitas no ambiente/contexto em uma tentativa de alterar ou moldar o comportamento de um aluno. As ABIs são tipicamente implementadas após a realização de uma avaliação funcional do comportamento, que pode auxiliar na identificação da função de um comportamento interferente, bem como das condições ambientais que podem ter se ligado a um comportamento ao longo do tempo. Uma vez identificados fatores no ambiente que podem estar reforçando o comportamento interferente, as ABIs são implementadas para modificar o ambiente ou a atividade, de modo que o fator não provoque mais o comportamento interferente. Além de direcionar comportamentos desafiadores, a ABI também pode ser usada para aumentar a ocorrência dos comportamentos ou habilidades desejados. Os procedimentos comuns da ABI incluem:

- 1) modificar atividades, materiais ou cronogramas educacionais, 2) incorporar a escolha do aluno nas atividades/materiais do aluno, 3) preparar os alunos antecipadamente para as próximas atividades, 4) variar o formato, o nível de dificuldade ou a ordem de instruções durante as atividades educacionais, 5) enriquecer o ambiente para fornecer pistas adicionais ou acesso a ma-

teriais adicionais; e 6) modificar os horários de entrega e estímulo e reforço. As estratégias da ABI geralmente são usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como Treino de Comunicação Funcional, extinção e reforço.

Um exemplo de estudo com este procedimento foi o *“Use of an Antecedent Intervention to Decrease Vocal Stereotypy of a Student With Autism in the General Education Classroom”*¹³. Neste estudo, uma criança (que emitia muita estereotipia vocal, de modo a atrapalhar seu desempenho como estudante), foi ensinada (diante de um cartão verde) a emitir livremente a estereotipia, ou seja, o cartão verde sinalizava uma condição em que não havia prejuízo. Mas havia o cartão vermelho – que sinalizava prejuízo, por exemplo, na hora em que estava acontecendo a explicação da matéria. Durante o período do ensino, se ele não respeitasse o cartão vermelho, este lhe era colocado 15 centímetros à frente do rosto para que ele prestasse atenção ao sinal. E assim ele aprendeu a não emitir estereotipias vocais, comportando-se de acordo com o contexto no qual estava inserido.

2. Comunicação Alternativa e Aumentativa

Definição: as intervenções de Comunicação Alternativa e Aumentativa (AAC) usam e/ou ensinam o uso de um sistema de comunicação que não seja vocal, incluindo sistemas de comunicação assistida e não assistida. Os sistemas de comunicação não assistidos não usam nenhum material ou tecnologia (por exemplo, linguagem gestual e gestos). Os sistemas de comunicação assistidos incluem sistemas de baixa tecnologia (por exemplo, troca de objetos/imagens ou apontamento para letras) e se estendem a dispositivos de geração de fala de alta tecnologia e aplicativos que permitem que outros dispositivos (ou seja, telefones, *tablets*) sirvam de Aparelhos Geradores de Voz - *Speech Generating Devices* - SGDs. Os métodos de ensino do uso de AAC também estão incluídos nesta categoria (por exemplo, *Aided Language Modeling*), que pode incluir outras EBPs, como estímulo, reforço, suporte visual e intervenções mediadas por pares.

Um exemplo do procedimento está no *“The Effects of PECS Teaching to Phase III on the Communicative Interactions between*

Children with Autism and their Teachers”¹⁴ em que as crianças usam o modelo do Picture Exchange Communication System – PECS, se comunicando por meio de trocas de figura, que podem ser únicas ou formando encadeamentos, até frases. Na pesquisa apontada, houve a disposição de Grupo Experimental, usando PECS e Grupo Controle, sem esta intervenção. As crianças que utilizaram a Comunicação Alternativa passaram a responder mais às interações iniciadas pelos adultos e também passaram a iniciar interações com os adultos com muito maior probabilidade, configurando um exemplo claro de efeito positivo sobre a comunicação destas crianças.

3. Intervenção Momentum Comportamental

Definição: a Intervenção Momentum Comportamental (BMI) é uma estratégia na qual a apresentação da tarefa é modificada para que aqueles que requerem respostas menos trabalhosas (ou seja, sequências de respostas de alta probabilidade) ocorram antes daqueles que exigem respostas mais difíceis (ou seja, sequências de respostas de baixa probabilidade). Isso é feito para que os alunos recebam reforço mais cedo e tenham maior probabilidade de permanecer engajados e persistir com as tarefas ou solicitações mais desafiadoras que se seguem. O BMI pode ser usado nos domínios acadêmico, social, de comunicação e comportamental. Além do reforço, as estratégias de IMC são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como intervenções baseadas em antecedentes e dicas.

Um exemplo de procedimento está em *“Effects of high-probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders”*¹⁵ em que são apresentados a pessoas com autismo atividades que eles têm alta probabilidade de responder positivamente, que já aprenderam, estão acostumados e gostam de fazer e na sequência desses, atividades de baixa probabilidade de resposta, isto é, mais difíceis, que não aprenderam ainda. As respostas foram extremamente positivas, aumentando de maneira significativa a probabilidade de eles responderem nestas situações e também aumentando a probabilidade de se engajarem depois em situações semelhantes, isto é, novas, mesmo

com pessoas que não usaram este mesmo procedimento com elas.

4. Cognitivo Comportamental/ Estratégias de Instrução

Definição: a Intervenção Cognitivo-Comportamental/Estratégias de instrução baseiam-se na crença de que o aprendizado e o comportamento são mediados por processos cognitivos. Os alunos são ensinados a examinar seus próprios pensamentos e emoções e depois usar estratégias passo a passo para mudar seu pensamento, comportamento e autoconsciência. Essas intervenções podem ser usadas com alunos que apresentam comportamentos problemáticos relacionados a emoções ou sentimentos específicos, como raiva ou ansiedade (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental). Essas intervenções também podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades sociais e acadêmicas através de instruções explícitas sobre estratégias de aprendizagem. As intervenções do CBIS são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo modelação, suporte visual, estímulos, reforço, narrativas sociais, instruções e intervenções baseadas em pares e intervenções implementadas pelos pais.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado no estudo "*Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder*"¹⁶, em que foram feitos grupos de intervenção cognitivo-comportamental nos quais as crianças e adolescentes com TEA cumpriram o programa "*Exploring Feelings*" ao mesmo tempo que seus pais, em outro grupo. Neste programa, os atendidos falam sobre como reconhecem suas emoções e aprendem, com a própria descrição e dos amigos, a ter maior capacidade de automonitoramento e auto-regulação, reduzindo especialmente a ansiedade. Nesta mesma categoria, para além da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, como a descrita, também está a instrução direta para o estabelecimento de regras, sobretudo acadêmicas. A prática é aplicável ao autismo leve.

5. Reforçamento Diferencial de Alternativo, Incompatível ou Outros Comportamentos

Definição: o Reforço Diferencial de Comportamento Alternati-

vo, Incompatível ou Outro (DRA / I / O) é um processo sistemático que aumenta o comportamento desejável ou a ausência de um comportamento indesejável, fornecendo consequências reforçadoras para a demonstração/não demonstração desse comportamento. Comportamentos indesejáveis são aqueles que interferem no desenvolvimento, nos relacionamentos e na saúde do atendido (por exemplo, desengajamento, birras, agressão, autolesão). O atendido recebe essa consequência quando: a) o atendido está se engajando em um comportamento desejado específico que não seja o comportamento indesejável (DRA); b) o atendido emite um comportamento fisicamente impossível de executar enquanto exhibe o comportamento indesejável (DRI), ou c) o atendido não está envolvido no comportamento indesejável (DRO). O reforço diferencial é frequentemente usado com outras práticas baseadas em evidências, como a utilização de dicas para favorecer a emissão desses comportamentos mais desejáveis ou incompatíveis com o comportamento interferente.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado em *“Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach”*¹⁷, em que um menino com autismo apresentava um comportamento disruptivo em sala de aula. Este comportamento tinha mais de uma função - o que só é verificado em uma Análise Funcional. Mas para dar um exemplo específico aqui, ele se arranhava como função sensorial. Então, foi-lhe entregue uma bola - que ele poderia apertar durante a aula, ou seja, uma alternativa sensorial que diminuiu a necessidade de se arranhá-lo.

6. Instrução Direta

Definição: a Instrução Direta (DI) na abordagem sistemática do ensino e um pacote instrucional sequenciado que utiliza protocolos ou aulas com script, direcionado ao aluno, e emprega correções sistemáticas e explícitas de erros para promover o domínio e a generalização. A instrução direta é geralmente fornecida a pequenos grupos de alunos e inclui ritmo acelerado, respostas dos alunos, sinais explícitos, procedimentos de correção para respostas incorretas ou não, e modelagem de respostas corretas. A instrução é sequenciada para que os alunos sejam obrigados a domi-

nar os níveis em uma ordem pré-especificada antes de passar para o próximo nível¹⁸.

As intervenções de DI podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades de alfabetização e matemática e são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo estímulo, reforço, modelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism spectrum disorder to answer “Wh-” questions”*¹⁹ em que foi ensinado aos alunos a responder às perguntas “quem”, “o que” e “onde”. Neste experimento, começava-se com uma pergunta e só depois que ela estivesse bem aprendida se passava para a outra. O Professor formou pequenos grupos e apresentou o livro com a pequena história e (a) forneceu uma sugestão verbal, (b) fez uma referência à figura, (c) fez uma pergunta relacionada à habilidade alvo e (d) emitiu um sinal manual para indicar respostas. Os estudantes respondiam em coro. Se algum deles errasse, era feito um procedimento de correção do erro com dicas mais intrusivas, que eram depois retiradas. E passou-se para a segunda fase (para a qual iria direto se ninguém errasse), que era a apresentação individual, com cada estudante, deste mesmo processo, com uma nova pequena história.

7. Ensino por Tentativas Discretas (DTT)

Definição: O Ensino por Tentativas Discretas (DTT) é uma abordagem instrucional individual (geralmente) usada para ensinar habilidades de maneira planejada, controlada e sistemática. A DTT é caracterizada por tentativas repetidas ou agrupadas que têm começo e fim definidos. Na DTT, o uso de antecedentes e consequências é cuidadosamente planejado e implementado. O teste instrucional começa quando o praticante apresenta uma direção ou estímulo claro, o que provoca um comportamento-alvo. Elogios e/ou recompensas tangíveis são usados para reforçar as habilidades ou comportamentos desejados. Os dados geralmente são coletados em todas as avaliações. Outras práticas usadas na

DTT incluem análise de tarefas, solicitação, atraso de tempo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”²⁰, em que se faz um levantamento dos processos de ensino dos operantes verbais e de seus pré-requisitos, como a imitação, a partir do Ensino por Tentativas Discretas, que consiste em: a) preparar o ambiente; b) conseguir a atenção do aprendiz; c) apresentar o estímulo discriminativo (a instrução ou modelo, por exemplo); d) ajudar se o aprendiz não realizar; e) reforçar se o aprendiz acertar ou fazer um procedimento de correção se o aprendiz errar; f) dar uma pausa e recomeçar (pode haver outros passos a depender do ensino).

8. Exercício e Movimento (EXM)

Definição: intervenções via Exercício e Movimento (EXM) incorporam o uso de esforço físico e/ou movimentos corpo/mente (*mindful*) objetivando uma variedade de habilidades e comportamentos. O exercício pode ser usado como uma atividade antecedente para melhorar desempenho em uma tarefa ou comportamento ou para aumentar aptidão física e habilidades motoras. As atividades com movimento podem incluir atividades esportivas/recreativas, artes marciais, ioga ou outras práticas corpo/mente (*mindful*) com foco em grupos específicos de técnicas e habilidades motoras. Intervenções via EXM podem envolver aquecimento/volta à calma, atividades aeróbicas, de força, alongamentos e/ou habilidades motoras complexas e podem ser desempenhadas individualmente ou em ambientes em grupo/equipe. O uso de EXM é frequentemente combinado com dicas, modelação, reforçamento e suportes visuais²¹.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder*”²², em que os estudantes realizavam uma atividade física de 20 minutos de manhã e depois uma série de paradas para novos exercícios, de 1 a 5 minutos, o que fazia com que as atividades posteriores tivessem muito menor probabilidade de serem perturbadas por comportamentos desafi-

adores, como agressividade contra si ou contra outrem, gritos, entre outros.

9. Extinção (EXT)

Definição: extinção (EXT) é a remoção de consequências reforçadoras de um comportamento desafiador a fim de reduzir a ocorrência futura desse comportamento. O procedimento de extinção depende da identificação precisa da função do comportamento e das consequências que podem estar reforçando sua ocorrência. A consequência que se acredita reforçar a ocorrência do comportamento desafiador do alvo é removida, resultando em uma diminuição do comportamento alvo. Um aumento inicial no comportamento desafiador (geralmente chamado de “explosão de extinção”) é comum antes de eventualmente ser extinto. A extinção não deve ser usada isoladamente. Outras práticas usadas em combinação com a extinção incluem reforço diferencial e avaliação do comportamento funcional.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Function-based intervention to support the inclusion of students with autism”²³ em que os estudantes eram instruídos a levantar as mãos para pedir o que necessitassem. Este procedimento era combinado com diversos outros, como o reforçamento dos pedidos adequados, dando alternativas funcionais para o indivíduo se comunicar e ter acesso aos reforçadores.

10. Avaliação Funcional do Comportamento

Definição: A avaliação do comportamento funcional (FBA) é uma maneira sistemática de determinar a função ou o objetivo de um comportamento, para que um plano de intervenção eficaz possa ser desenvolvido. O FBA consiste em descrever o comportamento interferente ou problemático, identificar eventos antecedentes e consequentes que controlam o comportamento (às vezes, testados sistematicamente por meio de uma Análise Funcional Experimental), desenvolver uma hipótese da função do comportamento e testar a hipótese. A coleta de dados é uma parte importante do processo do FBA. O FBA é normalmente usado para identificar as funções (que leigamente poder-se-ia chamar de “causas”) de comportamentos interferentes, como automutilação, agres-

são a outros ou comportamentos destrutivos. E deve ser seguido pela criação e implementação de uma intervenção comportamental para abordar o comportamento interferente descrito.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Conducting a Function-Based Intervention in a School Setting to Reduce Inappropriate Behaviour of a Child With Autism*”²⁴ em que foi realizada a avaliação funcional do comportamento de 3 diferentes formas na escola, demonstrando primeiramente que isso é possível, de forma consistente, e tratando, por exemplo, o comportamento do estudante de desengajamento das atividades escolares. Descobriu-se, na avaliação, que este comportamento era mantido pela atenção da professora e, portanto, uma intervenção de extinção + reforço diferencial do engajamento era um dos caminhos a seguir, articulando, portanto, as diversas práticas com evidência.

11. Treino de Comunicação Funcional (FCT)

Definição: o Treino de Comunicação Funcional (FCT) é um conjunto de práticas que substituem um comportamento desafiador que possui uma função de comunicação por comportamentos ou habilidades de comunicação mais apropriadas e eficazes. A FCT é precedida por uma avaliação do comportamento funcional para identificar a função de um comportamento interferente, seguida pelo ensino de uma habilidade de comunicação apropriada que pode servir ao mesmo propósito para o aluno com TEA. A FCT geralmente inclui um procedimento de reforço diferencial, no qual um indivíduo recebe uma resposta alternativa que resulta na mesma classe de reforço identificada como mantendo o comportamento problema. O comportamento problema geralmente é colocado em extinção. O componente distinto da FCT é que a resposta alternativa é uma forma reconhecível de comunicação (por exemplo uma vocalização, sinal manual ou cartão do PECS).

Um exemplo pode ser encontrado na Dissertação de Mestrado “Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esquiva da tarefa em crianças com TEA”²⁵ em que os participantes, meninos com autismo em fase escolar, tinham comportamentos desafiadores com a fun-

ção de se esquivar da lição. Foram, então, ensinados a pedir, de forma apropriada, para terem acesso a pausas das atividades. Essas respostas podiam ser vocais, “quero parar”, em sinal ou cartão. E, posteriormente, foram ensinados a reduzir os pedidos de pausa e ficar mais tempo engajados na atividade. Os estudantes diminuíram os comportamentos disruptivos, aumentaram os pedidos verbais esperados, conseguiram diminuir drasticamente as pausas e generalizaram os resultados.

12. Modelação

Definição: a Modelação (MD) envolve a demonstração de um comportamento-alvo desejado que resulta no uso do comportamento pelo aluno e que leva à aquisição do comportamento-alvo. Assim, o aluno está aprendendo uma habilidade específica através do aprendizado observacional. O MD é frequentemente combinado com outras estratégias, como estímulo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning”*²⁶ em que adolescentes com autismo foram expostos a situações em que observavam respostas sociais apropriadas e inapropriadas de adultos e observavam também as apropriadas sendo reforçadas e as inapropriadas não sendo reforçadas e lhes foi ensinado a discriminar entre os dois tipos de respostas. Os adolescentes aprenderam adequadamente a discriminar, por observação, respostas adequadas ou não e a generalizar para outros contextos.

13. Intervenção Mediada por Música (MMI)

Definição: a Intervenção Mediada por Música (MMI) usa a música como um recurso essencial da entrega da intervenção. Isso inclui a Musicoterapia, que ocorre em um relacionamento terapêutico com um musicoterapeuta treinado, além do uso planejado de músicas, entonação melódica e/ou ritmo para apoiar o aprendizado ou desempenho de comportamentos e habilidades-alvo em contextos variados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines For Young*

Children With Autism”²⁷ em que crianças com autismo ganharam uma música (uma para cada criança) com todos os passos, desde a entrada na sala de aula, até o ato de cumprimentar os colegas. A música teve um retorno extremamente positivo, inclusive aumentando expressivamente o número de saudações que lhes eram devolvidas.

14. Intervenção Naturalística

Definição: Intervenção Naturalística (NI) é uma coleção de práticas, incluindo arranjo ambiental e técnicas de interação implementadas durante rotinas diárias e atividades na sala de aula ou no ambiente doméstico do aluno. Essas práticas são projetadas para incentivar comportamentos-alvo específicos com base nos interesses dos alunos, criando habilidades mais complexas que são naturalmente reforçadoras e adequadas à interação. As NIs estão incorporadas em atividades e/ou rotinas típicas nas quais o aluno participa. As práticas de NI emergem de abordagens comportamentais (por exemplo, análise comportamental aplicada) e/ou de desenvolvimento da aprendizagem, e abrangem intervenções que foram notadas como intervenções comportamentais naturalísticas do desenvolvimento (NDBIs; Schreibman *et al.*, 2015) na literatura recente.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA”²⁸ em que outras crianças da escola foram treinadas a interagir em brincadeiras com as crianças com autismo no ambiente natural desta brincadeira (os momentos da escola destinados à atividade), com o reforçador natural da tarefa (que é o aproveitamento da própria brincadeira com os amigos), trabalhando com a motivação da própria criança com autismo.

15. Intervenção Implementada por Pais

Definição: na Intervenção Implementada por pais (PII), os pais são as principais pessoas a usarem uma prática de intervenção com seu próprio filho. Os profissionais ensinam os pais em formato individual ou de grupo (em ambientes domésticos ou comunitários). Os métodos para ensiná-los variam, mas podem incluir instruções didáticas, discussões, modelagem, treinamento ou

feedback de desempenho. O papel dos pais é usar a prática de intervenção para ensinar ao filho novas habilidades, quais sejam: formas de comunicação, maneiras de brincar ou habilidades de autocuidado, o envolvimento do filho na comunicação social e interações e/ou como diminuir comportamentos desafiadores. Depois que os pais são treinados, eles utilizam as intervenções (ou parte delas) com seus filhos. Os pais estão frequentemente implementando outras EBPs incluídas neste relatório (intervenções naturalistas, modelagem de vídeo ou narrativas sociais).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA.”²⁹, feito na Universidade Federal do Pará, no qual pais de crianças com autismo foram ensinados a implementarem Ensino por Tentativas Discretas, uma das práticas com melhor evidência para autismo e comparou-se o desempenho das crianças quando ensinadas por seus pais ou quando ensinadas por profissionais e concluiu-se que não houve diferença significativa entre as intervenções. O processo de treinamento dos pais se dá por meio do Treinamento de Habilidades Comportamentais (*Behavioral Skills Training* - BST), que consiste, basicamente, em a) oferecer a instrução; b) mostrar como se faz; c) pedir para o pai ensaiar a prática; e d) das *feedback* corretivo dos erros e elogiar os acertos.

16. Instrução e Intervenção Mediadas por Pares (PBII)

Definição: na Instrução e Intervenção Mediadas por Pares, a interação social entre pares é a característica definidora da intervenção. Na maioria das vezes, mas nem sempre, o colega do aluno é uma criança neurotípica da mesma idade geral. Existem dois tipos de PBII, caracterizados pelo papel do colega e do professor. Nas instruções e intervenções mediadas por pares (PMIIs), o colega recebe treinamento e talvez orientação de um adulto (pelo professor ou pelo clínico, por exemplo) para fornecer iniciações ou instruções sociais de uma maneira que apoie o objetivo de aprendizagem do aluno com autismo. Em uma variação dessa abordagem, um irmão do aluno pode servir no papel de par (por exemplo, intervenção mediada por irmãos), mas os procedimentos são os mesmos. Nas instruções e intervenções mediadas por adultos

(AMII), o professor ou outros adultos organiza o ambiente social (por exemplo, aproxima as crianças) e fornece treinamento, orientações e / ou reforço para que o aluno e o colega se envolvam na interação social.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with Autism Spectrum Disorder*”³⁰, em que estudantes do equivalente ao Ensino Médio, com desenvolvimento típico, passaram por treinamento para mediar uma intervenção com adolescentes com autismo para melhorar suas habilidades sociais, especificamente as conversas. Os adolescentes foram treinados em três tópicos: (a) Estratégias de conversação (T1); (b) Estratégias para promover a iniciação de conversas (T2); e (c) Estratégias para a introdução de questões de manutenção da conversa. Esses adolescentes aprenderam coisas como fazer contato visual, chamar ou tocar o adolescente com autismo e ajudá-lo a se engajar na conversa (e retirar depois a ajuda), a iniciar uma conversa com dica simples, como o contato visual, ou mais fortes, como falar “agora você que começa” e retirando progressivamente também o apoio e da mesma forma o ensino das questões. Além do treinamento inicial, as interações eram filmadas e os adolescentes eram elogiados pelo acerto e recebiam *feedback* corretivo pelos erros. Ao final, as pessoas com autismo se engajavam mais nas conversas, iniciavam mais interações e mantinham conversas com mais tempo, também com outros adolescentes.

17. Dicas (*Prompting*)

Definição: as Dicas, ou *Prompting* (PP) incluem o suporte dado aos alunos que os ajudam a usar uma habilidade específica. Dica verbal, gestual ou física é dada aos alunos para ajudá-los a adquirir ou se envolver em um comportamento ou habilidade direcionada. Geralmente, as Dicas são dadas por um adulto ou um colega antes ou quando o aluno tenta usar uma habilidade. Esses procedimentos são frequentemente usados em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo atraso e reforço, ou fazem parte de protocolos para o uso de outras práticas baseadas em evidências, como o Treino de Habilidades Sociais,

Ensino por Tentativas Discretas e a Videomodelação. Assim, os procedimentos de Dicas são considerados fundamentais para o uso de muitas outras práticas baseadas em evidências.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual”³¹ em que crianças com o autismo e Deficiência Intelectual eram ensinados a discriminar entre direita e esquerda levantando o braço correspondente à instrução. Ocorre que no começo as crianças eram incapazes de levantar o braço correto, então era dada a dica de imitação, gestual e física (levantava-se o braço do participante). Como é da natureza de toda dica, elas foram gradualmente retiradas (a expressão técnica para isso é “esvanecimento”) e as crianças aprenderam a levantar o braço direito ou esquerdo somente com a instrução, sem a necessidade, ao fim, de qualquer outra dica.

18. Reforçamento

Definição: reforçamento (R) é a aplicação de consequências após a ocorrência de uma habilidade que aumenta a probabilidade de comportamentos compatíveis em situações futuras. O reforçamento inclui reforço positivo, reforço negativo (diferente de punição), reforço não-contingente e economia de fichas. O reforçamento é uma prática fundamental baseada em evidências, na medida em que quase sempre é usada com outras práticas baseadas em evidências, incluindo Dicas, Ensino por Tentativas Discretas, Treino de Comunicação Funcional, Intervenção Naturalística.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando Reforçamento Não Contingente e treino de mando”³² em que se verificou que o comportamento autolesivo (bater com as mãos na cabeça e rosto) era causado sobretudo pelo comportamento de fuga das atividades. O procedimento consistiu em diversas intervenções. Mas uma delas, que nos interessa mais neste tópico, foi o reforçamento não contingente, ou seja, a cada 3 minutos (aproximadamente) eram oferecidos comestíveis e atenção ao estudante, fazendo com que o comportamento autolesivo diminuísse de forma expressiva.

19. Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR)

Definição: a Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR) envolve a introdução de uma dica ou comentário quando ocorre um comportamento-alvo projetado para desviar a atenção do aluno do comportamento-alvo. Especificamente, o RIR é usado predominantemente para abordar comportamentos repetitivos, estereotipados e / ou autolesivo. RIR é frequentemente implementado após a realização de uma avaliação funcional do comportamento (FBA) para identificar a função do comportamento-alvo. E é particularmente útil com comportamentos-alvo persistentes que ocorrem na ausência de outras pessoas, em várias configurações diferentes e durante uma variedade de tarefas. Esses comportamentos geralmente não são mantidos por atenção ou fuga. Em vez disso, é mais provável que sejam mantidos por reforço sensorial e frequentemente resistentes a tentativas de intervenção. O RIR é particularmente eficaz com comportamentos mantidos sensorialmente porque os alunos são impedidos de se envolver em comportamentos-alvo e redirecionados para comportamentos alternativos mais apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Decreasing Vocal Stereotypy of a Youth With Autism in a Classroom Setting”*³³ em que um rapaz com autismo se engajava frequentemente em estereotípias vocais de vários tipos, prejudicando seu desenvolvimento escolar e social. O procedimento deu-se da seguinte maneira: quando ele fazia isso, uma pessoa tocava em seu ombro e, quando ele olhava para a pessoa, uma pergunta bem simples lhe era feita. Se respondida adequadamente, o aluno recebia um elogio – o que criou a oportunidade de quebrar a estereotípias.

20. Autogerenciamento (SM)

Definição: o Autogerenciamento (SM) é um pacote de intervenção que ensina os alunos a regular, de forma independente, seu próprio comportamento. O Autogerenciamento envolve ensinar os alunos a discriminar entre comportamentos apropriados e inadequados, monitorar e registrar com precisão seus próprios comportamentos e entregar, a si mesmos, reforçadores por se comportarem adequadamente. Embora inicialmente os alunos possam

precisar de apoio de adultos para registrar com precisão comportamentos e fornecer auto-reforço, esse apoio desaparece com o tempo. O autogerenciamento é frequentemente usado em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo intervenções mediadas por tecnologia, modelação, videomodelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of a Self-monitoring Application to Reduce Stereotypic Behavior in Adolescents with Autism: A Preliminary Investigation of I-Connect”*³⁴ em que dois adolescentes com autismo que tinham também Deficiência Intelectual aprenderam a usar um aplicativo de celular para responder a cada intervalo de tempo, se estavam emitindo estereotípias vocais ou motoras com as mãos. Este automonitoramento ou autogerenciamento do comportamento fez com que eles emitissem os comportamentos estereotipados em menor frequência do que faziam antes.

21. Integração Sensorial

Definição: a Integração Sensorial® (SI, Ayres, 1989) é uma teoria e prática que tem como alvo a capacidade de uma pessoa de processar e integrar internamente informações sensoriais de seu corpo e ambiente, incluindo informações visuais, auditivas, táteis, propioceptivas e vestibulares. O SI usa atividades personalizadas que desafiam o processamento sensorial e o planejamento motor, incentivam o movimento e a organização própria no tempo e no espaço, utilizam os desafios “na medida” e incorporam o equipamento clínico em atividades intencionais e divertidas para melhorar o comportamento adaptativo. O SI é implementado por Terapeutas Ocupacionais treinados e ocorre principalmente em contextos clínicos.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial”*³⁵ em que crianças com autismo foram individualmente avaliadas e suas dificuldades adaptativas em diversas atividades foram analisadas e em diversos casos formuladas hipóteses para esses prejuízos. Nestes casos, eram formuladas as intervenções de experientiação de estímulos sensoriais apropriados, na medida de

cada necessidade, especialmente de forma lúdica, em jogos e brincadeiras, com a função de atingir a integração sensorial. Os resultados foram estatisticamente significativos em relação ao grupo controle, que participou de atividades usuais e não baseadas na Integração Sensorial.

22. Narrativas Sociais (SN)

Definição: narrativas sociais (SN) são intervenções que descrevem situações sociais, a fim de destacar características relevantes de um comportamento ou habilidade alvo e oferecer exemplos de comportamentos apropriados. As narrativas sociais visam ajudar os alunos a se adaptarem às mudanças de rotina, adaptarem seus comportamentos com base nas dicas sociais e físicas de uma situação, ou a ensinar habilidades ou comportamentos sociais específicos. As narrativas sociais são individualizadas de acordo com as necessidades dos alunos e geralmente são bastante curtas, frequentemente contadas em formato de história e geralmente incluem figuras ou outros recursos visuais. Geralmente escritos em primeira pessoa do ponto de vista do aluno, eles incluem frases que detalham a situação, fornecem sugestões ao aluno de comportamentos apropriados e descrevem os pensamentos e sentimentos de outras pessoas envolvidas na situação.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The Use of Social Stories to Reduce Precursors to Tantrum Behavior in a Student with Autism”*³⁶ em que foram localizados dois momentos em que os comportamentos precursores dos comportamentos disruptivos ocorriam. E, a partir daí, apresentaram-se os comportamentos adequados, em histórias sociais e em primeira pessoa. Dois momentos que eram as transições entre ir à escola e voltar, e o momento do almoço. Nestas histórias, eram descritos os comportamentos apropriados e os reforçadores (adesivos e depois um “prêmio” escolhido) pertinentes ao comportamento adequado. Nos dois casos, o sucesso foi total e os disruptivos praticamente zerados.

23. Treino de Habilidades Sociais

Definição: o Treino de Habilidades Sociais (SST) é uma intervenção em grupo ou individual, projetada para ensinar aos alunos formas de participar de maneira adequada e bem-sucedida

em suas interações com os outros. Isso pode incluir relacionamentos com colegas, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade e parceiros românticos. A maioria das sessões de intervenção inclui instrução direta de conceitos básicos, ensaios (*role-play*) ou prática e *feedback* para ajudar os alunos a adquirir e praticar habilidades de comunicação, brincadeira ou práticas sociais para promover interações positivas com os outros. As técnicas de SST geralmente incluem outras EBPs, como reforço, modelação, dicas, intervenções cognitivo-comportamentais, narrativas sociais, *scripts* e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo "*Social Skills Training to Increase Social Interactions Between Children with Autism and Their Typical Peers*"³⁷ em que os adolescentes participavam de um grupo de Treinamento de Habilidades Sociais, no qual eram demonstradas diversas situações sociais e apresentado modelo de interações sociais apropriadas. Após isso, eles ensaiavam essas situações e, a título de reforço, eram corrigidos nos erros cometidos, havendo reforçamento para os acertos. Este procedimento fez com que os adolescentes respondessem muito mais positivamente às interações sociais nos quesitos cumprimentos, imitação e seguimento de instruções, bem como compartilhamento e resposta aos pedidos de ajuda.

24. Análise de Tarefas (TA)

Definição: a Análise de Tarefas (AT) é o processo de decompor uma habilidade comportamental complexa ou "encadeada" em componentes menores para ensinar uma habilidade. O aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais da cadeia progressivamente, até que toda a habilidade seja dominada (também chamada de "encadeamento direto"). Ou o aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais, começando com a etapa final e retornando progressivamente pela cadeia de habilidades até que toda a tarefa seja dominada desde o início (encadeamento de trás para frente). A Análise de Tarefas também pode ser usada para apresentar uma tarefa inteira a um aluno de uma só vez, com etapas claras sobre como atingir a habilidade do início ao fim. Outras práticas, como reforço, videomodelação ou atraso de tem-

po devem ser usadas para facilitar o aprendizado das etapas menores. À medida em que os passos menores são dominados, o aluno se torna mais independente em sua capacidade de executar a habilidade maior.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo em que diversos estudantes (com autismo ou Deficiência Intelectual) foram ensinados a comprar coisas de que gostavam, de modo independente, no mercado. O primeiro passo do processo foi a observação de pessoas que compravam no mesmo lugar e dividir a tarefa em pequenos pedaços, 28 ao total. Depois os estudantes foram acompanhados a fazerem a lista das coisas que queriam comprar e instruídos sobre como realizar cada um dos 28 passos. Em cada passo realizado, o implementador elogiava o acerto ou corrigia o erro, até que o desempenho fosse satisfatório. Todos demonstraram o desempenho desejado.

25. Instrução e Intervenção Assistida por Tecnologia (TAII)

Definição: Instrução e Intervenções Assistidas por Tecnologia (TAII) são aquelas em que a tecnologia é a característica central de uma intervenção. Dado o rápido aumento da inclusão da tecnologia nas intervenções, essa prática baseada em evidências é mais focada em incluir a tecnologia projetada ou empregada especificamente para apoiar o aprendizado ou o desempenho de um comportamento ou habilidade de um aluno. Intervenções que usam uma forma mais geral de tecnologia para fornecer uma prática com evidência em suporte alternativo (por exemplo, exibindo um suporte visual em um dispositivo móvel, videomodelação, alarme em um telefone como parte do autogerenciamento) não estão incluídas nesta base de evidências. O TAIi inclui tecnologias como robôs, software para computador ou baseado na Web, aplicativos para dispositivos e redes virtuais. Os recursos comuns dessas intervenções são a própria tecnologia (como observado) e procedimentos instrucionais para aprender a usar a tecnologia ou apoiar seu uso em contextos apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Emotiplay’: a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation”*³⁸, no qual um site (<https://>

emotiplay.com/) era utilizado como plataforma na qual a criança ou adolescente com autismo leve (eles usam a expressão “autismo de alto funcionamento”) passava por uma série de atividades, especialmente de reconhecimento de faces, linguagem corporal e integração entre elas. Depois de ver um rosto, por exemplo, escolhiam se ele denotava tristeza, alegria, entre outros sentimentos. E o acerto era reforçado. Depois de uma jornada de treinamento, os participantes demonstraram reconhecer muito melhor as emoções alheias, generalizando os resultados para além do jogo.

26. Atraso de tempo (TD)

Definição: o Atraso do Tempo (TD) é uma prática usada para diminuir sistematicamente o uso de Dicas durante as atividades de ensino. Com este procedimento, é fornecido um breve atraso entre a instrução inicial e quaisquer instruções ou dicas adicionais. A pesquisa, baseada em evidências, concentra-se em dois tipos de procedimentos de Atraso de Tempo: progressivo e constante. Com o atraso progressivo do tempo, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre uma instrução e qualquer solicitação que possa ser usada para obter uma resposta do aluno. À medida em que o aprendiz se torna mais competente no uso da habilidade, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre a instrução e a dica. Em um atraso de tempo constante, sempre é usado um período fixo de tempo entre a instrução e a dica, e isso à medida em que o aluno se torna mais experiente no uso da nova habilidade. O atraso de tempo é sempre usado em conjunto com procedimento de dica (por exemplo, dica de menos para mais, dica simultânea, condução graduada).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Teaching students with autism to read pictures*” em que os pesquisadores mostravam, para as crianças, cartas com desenhos de pessoas, objetos ou ações e os ensinavam a reconhecer cada um deles e formar leituras encadeadas desses desenhos. Após uma fase de Dica simultânea, isto é, em que a tarefa era apresentada e logo em seguida a ajuda para que o estudante não errasse, introduzia-se o Atraso de Tempo, fazendo com que a Dica fosse atrasada em 2 segundos em

cada tentativa, para que o estudante se adiantasse e passasse a emitir o comportamento de forma independente.

27. Videomodelação (VM)

Definição: a Videomodelação (VM) é um método de instrução que usa a tecnologia de vídeo para gravar e apresentar uma demonstração do comportamento ou habilidade almejada. A demonstração é mostrada ao aluno, que então tem a oportunidade de executar o comportamento-alvo no momento ou em um momento posterior. Os tipos de modelagem de vídeo incluem modelo adulto ou par como modelo, auto modelagem de vídeo, videomodelação *point-of-view*, Dica em vídeo e feedback em vídeo. A modelagem de vídeo é frequentemente usada com outras EBPs, como Análise de Tarefas, Dicas e estratégias de Reforçamento.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo brasileiro “Aprendizagem Observacional em Crianças com Autismo: Efeitos do Ensino de Respostas de Monitoramento via Videomodelação”³⁹ em que se ensinava crianças com autismo a nomear personagens criados pela própria pesquisa. No vídeo que assistiam, um pesquisador perguntava a um modelo “O que é isso?” apontando o objeto e o modelo, ou acertava (e tinha acesso a reforçadores) ou errava (e não tinha acesso) e as crianças com autismo aprenderam a nomeação correta, observando e discriminando as condições que davam acesso ao reforçador e modelando seu comportamento a partir do vídeo.

28. Suportes Visuais (VS)

Definição: os Suportes Visuais (VS) são dicas concretas que fornecem informações sobre uma atividade, rotina ou expectativa e / ou suporte para alguma habilidade. Os Suportes Visuais são frequentemente combinados com outras práticas, como Dica e Reforçamento, e também são incorporados em muitas intervenções mais complexas ou pacotes interventivos. Alguns exemplos de Suportes Visuais comuns são: rotinas visuais, agendas visuais, sistemas de trabalho, organizadores gráficos, dicas visuais e *scripts*.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*The relationship between predictability and problem behavior for students with severe*

disabilities”⁴⁰ em que os comportamentos inadequados de crianças com autismo severo foram avaliadas e atingiam altos níveis, mas quando havia o planejamento e apresentação visual das atividades antes da intervenção, possibilitando uma previsibilidade, havia uma queda bastante expressiva de comportamentos inadequados, mesmo quando a atividade era ainda desconhecida, simplesmente pelo fato de ela ter sido apresentada no planejamento do dia.

Considerações Finais

Sendo sintético, a questão basilar é essa: não me parece ético submeter pessoas com o Transtorno do Espectro Autista a práticas sem nenhuma demonstração de efetividade. Centenas de estudos realizados em todo o mundo e as amplas revisões científicas do NAC e NCAEP realizaram o belíssimo trabalho de separar o joio do trigo e indicar quais práticas possuem evidência e podem realmente ajudar as pessoas com autismo a terem melhor qualidade de vida. Nossa tarefa é estudar exaustivamente e dar o melhor de nós, a fim de garantir que a presença de uma deficiência não seja desculpa para privar os autistas de seus Direitos Humanos.

Referências Bibliográficas

1. Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
2. Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.
3. <https://www.terapiaaba.com.br/upload/ebp-traducao-final.pdf>.
4. National Autism Center. Findings and conclusions: National standards project, phase 2. 2015.
5. Randolph, M. A. National Standards Report. National Autism Center, 2009.
6. Clark, Megan Louise Erin et al. School age outcomes of children diagnosed early and later with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 48, n. 1, p. 92-102, 2018.
7. Linstead, Erik et al. Intensity and learning outcomes in the treatment of children with autism spectrum disorder. *Behavior modification*, v. 41, n. 2, p. 229-252, 2017.
8. Howard, Jane S. et al. Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities*, v. 35, n. 12, p. 3326-3344, 2014.
9. Lovaas, O. Ivar. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 55, n. 1, p. 3, 1987.
10. Odom, Samuel L. et al. Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. Preventing school failure: Alternative education for children and youth, v. 54, n. 4, p. 275-282, 2010.
11. Wong, Connie et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 45, n. 7, p. 1951-1966, 2015.
12. As definições que apresentamos são tradução livre do documento do NCAEP.
13. Haley, Janet L.; Heick, Patrick F.; Luiselli, James K. Use of an antecedent intervention to decrease vocal stereotypy of a student with autism in the general education classroom. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 32, n. 4, p. 311-321, 2010. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317107.2010.515527>.
14. Carr, Deborah; Felce, Janet. The effects of PECS teaching to Phase III on the communicative interactions between children with autism and their teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 4, p. 724-737, 2007.
15. Davis, Carol Ann et al. Effects of high probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 25, n. 4, p. 905-916, 1992.
16. Mcconachie, Helen et al. Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, v. 18, n. 6, p. 723-732, 2014.
17. Bruhn, Allison L. et al. Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach. *Behavioral Disorders*, v. 41, n. 1, p. 21-37, 2015.
18. Mais informações podem ser encontradas no National Institute for Direct Instruction (NIFDI) website (www.nifdi.org).

19. Cadette, Jessica N. et al. The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism Spectrum disorder to answer “wh-” questions. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 46, n. 9, p. 2968-2978, 2016.
20. Guerra, Bárbara. Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com transtorno do espectro autista (TEA). 2015.
21. A tradução de termos técnicos teve o apoio do Prof. Dr. Paulo Chereguini, pesquisador em Educação Física aplicada ao Transtorno do Espectro Autista.
22. Cannella-Malone, Helen I.; Tullis, Christopher A.; Kazze, Aline R. Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*, v. 13, n. 4, p. 230-239, 2011.
23. Reeves, Linda M. et al. Function-based intervention to support the inclusion of students with autism. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, p. 379-391, 2013.
24. Camacho, Regina et al. Conducting a function-based intervention in a school setting to reduce inappropriate behaviour of a child with autism. *Behaviour Change*, v. 31, n. 1, p. 65-77, 2014.
25. Michel, Renata Cristina et al. Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esquia da tarefa em crianças com TEA. 2018.
26. Dequinzio, Jaime Ann; TAYLOR, Bridget A. Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 48, n. 1, p. 38-51, 2015.
27. Kern, Petra; Worely, Mark; Aldridge, David. Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 7, p. 1264-1271, 2007.
28. Hernandez, M.A.Z.D. (2017) Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Análise do Comportamento) São Paulo: Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
29. Cesar de Oliveira, J. S. Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 34 páginas. 2017.
30. Bambara, Linda M. et al. A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 27, p. 29-43, 2016.
31. De Carvalho Silva, Elaine; Elias, Nassim Chamel. Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 33, n. 1, 2018.
32. De Garcia, Marcus Vinícius Fonseca; Oliveira, Thais Porlan. Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando reforçamento não contingente e treino de mando. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, v. 12, n. 1, 2016.
33. Wells, Jenny; Collier, Lisha; Sheehy, Patricia H. Decreasing vocal stereotypy of a youth with autism in a classroom setting. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 38, n. 2, p. 164-174, 2016.
34. Crutchfield, Stephen A. et al. Use of a self-monitoring application to reduce stereotypic behavior in adolescents with autism: A preliminary investigation of I-Connect. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 5, p. 1146-1155, 2015.

35. Schaaf, Roseann C. et al. An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 44, n. 7, p. 1493-1506, 2014.
36. Kuttler, Shari; Myles, Brenda Smith; Carlson, Judith K. The use of social stories to reduce precursors to tantrum behavior in a student with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, v. 13, n. 3, p. 176-182, 1998.
37. Gonzalez- Lopez, Adriana; Kamps, Debra M. Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus on autism and other developmental disabilities*, v. 12, n. 1, p. 2-14, 1997.
38. Friedenson-Hayo, S. et al. 'Emotiplay': a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation. *European child & adolescent psychiatry*, v. 26, n. 8, p. 979-992, 2017.

Bibliografia Básica

- Lacerda, Lucelmo. *Transtorno do Espectro Autista: uma brevíssima introdução*. Curitiba: CRV, 2018.
- Bosa, C.A., Teixeira, M.C. *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica*. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- Schwartzman, J. S.; Araújo, C. A. (Orgs) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2011.
- National Autism Center. *Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2*. Free report, 2015. Disponível em: <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/>.
- Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.
- Orsati, F.T. et al. *Práticas para a sala de aula baseadas em evidências*. São Paulo: Memnon, 2015.
- Lacerda, Lucelmo. *Educador ou cuidador? O acompanhante do estudante com autismo em inclusão no Brasil*. Apresentação no 1º Congresso Luso-Brasileiro de TEA e Educação Inclusiva. 2017.
- Capellini, V.L.M.F. *Avaliação das possibilidades do ensino colaborativo no processo de inclusão escolar do aluno com deficiência mental*. 302 fls. Tese (Doutorado em Educação Especial) São Carlos: UFSCar, 2004.
- Bagaiolo, Leila. Guilhardi, Cíntia. Romano, Cláudia. "Análise do Comportamento Aplicada – ABA" In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves de. (Orgs.) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, pp. 278-296.
- Mendes, Enicéia Gonçalves. *A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil*. *Revista Brasileira de Educação*, v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006.
- Mendes, E.G., Almeida, M.A., Williams, L.C.A. (Orgs). *Temas em Educação Especial: avanços recentes*. São Carlos: EDUFSCar, 2009.
- Bueno, J.G.S. *Educação especial brasileira: questões conceituais e de atualidade*. São Paulo: EDUC, 2011.
- Stock, Richard A.; Schulze, Kimberly A.; Mirenda, Pat. *A comparison of stimulus-stimulus pairing*,

standard echoic training, and control procedures on the vocal behavior of children with autism. *The analysis of verbal behavior*, v. 24, n. 1, p. 123-133, 2008.

Ahrens, Erin N. et al. Further evaluation of response interruption and redirection as treatment for stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 44, n. 1, p. 95-108, 2011.

Miguel, Caio F. et al. The effects of response interruption and redirection and sertraline on vocal stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 42, n. 4, p. 883-888, 2009.

Hagopian, Louis P. et al. Response interruption and differential reinforcement of alternative behavior for the treatment of pica. *Behavioral Interventions*, v. 26, n. 4, p. 309-325, 2011.

Ramachandran, V. S. O que o cérebro tem para contar: desvendando os mistérios da natureza humana. Zahar, 2014.

Frith, Uta. *Autism: A very short introduction*. Oxford University Press, 2008.

Iwata, B. A., KAHNG, S. W., Wallace, M. D., & Lindberg, J. S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. In J. Austin & Carr, J.E. (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 61-90). Reno, NV: Context Press.

Matson, Johnny L.; Vollmer, T. R. *User's guide: Questions about behavioral function (QABF)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers, 1995.

Matson, Johnny L. et al. A validity study on the questions about behavioral function (QABF) scale: Predicting treatment success for self-injury, aggression, and stereotypies. *Research in developmental disabilities*, v. 20, n. 2, p. 163-175, 1999.

Sturme, Peter. Assessing the functions of self-injurious behavior: A case of assessment failure. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 331-336, 1994.

Mahoney, Kurt; Wagenen, R.; Meyerson, Lee. Toilet training of normal and retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 4, n. 3, p. 173-181, 1971.

Isaksen, Jørn; Holth, Per. An operant approach to teaching joint attention skills to children with autism. *Behavioral Interventions*, v. 24, n. 4, p. 215-236, 2009.

Law, Mary C.; Baum, Carolyn Manville; Dunn, Winnie. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Slack Incorporated, 2005.

Smith, David (Ed.). *Social work and evidence-based practice*. Jessica Kingsley Publishers, 2004.

Leonardi, Jan Luiz. *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Mankad, Deepali et al. A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Molecular autism*, v. 6, n. 1, p. 18, 2015.

Harbour, Robin; Miller, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ: British Medical Journal*, v. 323, n. 7308, p. 334, 2001.

Davies, Philip. Revisões Sistemáticas e a Campbell Collaboration. In: Thomas, G., Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 31-44.

Thomas, G. Introdução: evidências e prática. In: THOMAS, G., PRING, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.

Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.

**Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências
2020**



EDIÇÃO DE 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

PATROCÍNIO:



APOIO:



REALIZAÇÃO:



ISBN: 978-65-00-12458-3



Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista

Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde

Edição em Português da



Estas diretrizes são fornecidas apenas para fins informativos e não representam aconselhamento profissional ou jurídico. Existem muitas variáveis que influenciam e direcionam a prestação de serviços profissionais da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). The Council of Autism Service Providers (CASP) e os autores destas diretrizes não assumem qualquer responsabilidade pela aplicação dessas diretrizes na prestação de serviços ABA. As diretrizes apresentadas neste documento refletem o consenso de uma série de especialistas no assunto, mas não representam uma única prática aceitável. Estas diretrizes também não refletem ou criam qualquer afiliação entre aqueles que participaram no seu desenvolvimento. O CASP não requer ou garante que estas diretrizes se aplicam ou devem ser aplicadas em todos os contextos. Como alternativa, estas diretrizes são oferecidas como um recurso informativo que deve ser considerado em consultorias com pais, analistas do comportamento, reguladores, financiadores e gestores de planos de saúde.

Copyright © 2014, 2020, 2022 do The Council of Autism Service Providers (“CASP”). Ver. 2.0 (português)

Esta edição em Português foi realizada pela DAXTA (editora) com licença do CASP (autor). Cópias eletrônicas e/ou em papel como parte de todo este trabalho podem ser feitas para fins pessoais, educacionais ou de formulação de políticas públicas, desde que tais cópias não sejam feitas ou distribuídas com fins lucrativos ou vantagem comercial. Não é permitida a distribuição deste documento pela internet. Se desejar compartilhar ou distribuir este documento, a URL da página oficial do autor e/ou editor pode ser usada. Outros usos e/ou distribuições por qualquer outro meio requerem permissão prévia do The Council for Autism Service Providers e da editora da versão em português, DAXTA. Estas instituições podem ser contactadas por info@casproviders.org e contact@daxta.com. Todas as cópias, independentemente do meio, precisam incluir esta nota na primeira página. É permitido utilizar partes do documento desde que se dê o crédito adequado para “Copyright © 2020 do The Council of Autism Service Providers (CASP), todos os direitos são reservados.” Para citações acadêmicas, use a referência abaixo.

The Council of Autism Service Providers. (2022). Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista: Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde (2a ed. em português, L. A. Sump & M. C. Guimarães ed.). DAXTA.



TABELA DE CONTEÚDO

Parte I: Visão Global

SEÇÃO 1: Resumo	3
SEÇÃO 2: Transtorno do Espectro Autista e Análise do Comportamento Aplicada.....	4
SEÇÃO 3: Considerações	5

Parte II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: Treinamento e Credenciamento de Analistas do Comportamento.....	6
SEÇÃO 2: Análise do Comportamento Aplicada no Tratamento do Transtorno do Espectro Autista.....	10
SEÇÃO 3: Avaliação, Formulação de Objetivos de Tratamento, e Mensuração do Progresso do Cliente.....	19
SEÇÃO 4: Autorização de Serviço e Dosagem	22
SEÇÃO 5: Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais	27
SEÇÃO 6: Supervisão de Caso	32
SEÇÃO 7: Trabalhando com Cuidadores e Outros Profissionais.....	37
SEÇÃO 8: Alta, Planejamento de Transição e Continuidade de Suporte	41

Parte III: Apêndices

APÊNDICE A: Critérios de Elegibilidade para Certificação do BACB	42
APÊNDICE B: Bibliografia Seleccionada	45
APÊNDICE C: Notas de Rodapé	46



PARTE I: Visão Global

SEÇÃO 1: RESUMO

O objetivo deste documento é informar a tomada de decisão sobre o uso da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) com a finalidade de desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo alcance prático possível, o funcionamento de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) de maneiras que são ao mesmo tempo eficazes e com um bom custo-benefício.¹

O documento é baseado nas melhores evidências científicas disponíveis e na opinião clínica de especialistas sobre o uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para indivíduos diagnosticados com TEA. As diretrizes têm intenção de servirem como uma introdução breve e fácil de serem usadas na prestação de serviços ABA para o TEA. Estas diretrizes são escritas para financiadores e gestores de saúde, tais como planos de saúde, programas de saúde do governo, empregadores, entre outros. As diretrizes também podem ser úteis para consumidores, prestadores de serviços e órgãos reguladores.

Este documento fornece diretrizes clínicas e outras informações sobre ABA como tratamento para o TEA. Como um tratamento de saúde comportamental, ABA inclui uma série de aspectos e de componentes clínicos únicos para a prestação de serviços. Portanto, é importante que os responsáveis pela construção de uma rede de provedores entendam essas características únicas da ABA.

Esta é a segunda edição deste manual de recursos e continuará a ser periodicamente atualizado para refletir mudanças na prática clínica e nos resultados de pesquisas científicas. Referências e informações adicionais podem ser encontradas nos apêndices.



SEÇÃO 2: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA

1 O que é o TEA?

O TEA é caracterizado por vários graus de dificuldade na interação social, na comunicação verbal e não verbal, e na presença de comportamento repetitivo e/ou interesses restritos.² Devido à variabilidade e apresentação de sintomas, dois indivíduos com diagnóstico de TEA não são iguais em relação a como o transtorno se manifesta e no seu impacto nas famílias. Devido à natureza do transtorno, pessoas com TEA frequentemente não irão atingir a habilidade de funcionar de forma independente sem o tratamento clínico necessário.

2 O que é ABA?

ABA é uma disciplina científica bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas que foca na análise, delineamento, implementação e avaliação de modificações sociais e ambientais para produzir mudanças significativas no comportamento humano. ABA inclui o uso de observação direta, mensuração e análise funcional das relações entre o ambiente e comportamento. ABA usa mudanças nos eventos ambientais, incluindo estímulos antecedentes e consequências, para produzir mudanças práticas e significativas no comportamento. Estes eventos ambientais relevantes são geralmente identificados por meio de uma variedade de métodos de avaliação especializados. ABA entende que o comportamento de um indivíduo é determinado por eventos ambientais passados e atuais em conjunto com variáveis orgânicas, tais como dotação genética e variáveis fisiológicas. Assim, quando aplicada ao TEA, a ABA foca em intervir em dificuldades do transtorno por meio de modificações nos ambientes sociais e de aprendizagem do indivíduo.

As diretrizes atuais são específicas para a ABA como um tratamento de saúde comportamental para o TEA. No entanto, a ABA também tem eficácia demonstrada no tratamento de sintomas de diversas condições, incluindo comportamentos destrutivos severos, abuso de substâncias, demência, distúrbios alimentares pediátricos, traumatismo craniano, entre outros.

Os efeitos bem-sucedidos na remediação de deficits centrais do TEA e o desenvolvimento ou restabelecimento de habilidades, que estão documentados em centenas de estudos revisados por pares publicados nos últimos 50 anos, tornou a ABA o tratamento padrão de cuidados para o tratamento do TEA (ver Apêndice B).



SEÇÃO 3: CONSIDERAÇÕES

- Este documento contém diretrizes e recomendações que refletem os resultados de pesquisas e de melhores práticas clínicas. Entretanto, o tratamento individualizado é uma característica definidora e componente integral da ABA, que é uma das razões pelas quais tem sido tão bem-sucedida no tratamento deste transtorno heterogêneo.
- Alguns indivíduos diagnosticados com TEA apresentam comorbidades, incluindo, mas não se limitando, a deficiência intelectual, distúrbios convulsivos, distúrbios psiquiátricos, anormalidades cromossômicas, distúrbios alimentares, distúrbios do sono, distúrbios de eliminação, comportamento destrutivo (por exemplo, autolesão e agressão) e uma variedade de outras condições que requerem tratamento médico adicional. **Estas diretrizes se aplicam a indivíduos com diagnóstico de TEA que apresentam estas comorbidades, já que pesquisas estabeleceram que ABA também é eficaz para esta população de clientes.**
- As diretrizes neste documento são pertinentes ao uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo possível, o funcionamento de um indivíduo com TEA.
- Estas diretrizes não devem ser usadas para diminuir a disponibilidade, qualidade ou frequência de serviços de tratamento ABA disponíveis.
- A cobertura do tratamento ABA para TEA por financiadores e gestores de saúde não deve suprimir as responsabilidades de entidades educacionais ou governamentais.
- A especificação da ABA em um programa educacional ou governamental não deve suprimir a cobertura da ABA por financiadores e gestores de saúde.
- O tratamento ABA não deve ser restrito a priori a lugares específicos, mas ao invés, deve ser administrado em lugares que maximizam os resultados do tratamento para o cliente específico.
- Este documento fornece orientação apenas sobre o tratamento ABA; outros tratamentos de saúde comportamental não são abordados.



PARTE II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: TREINAMENTO E CREDENCIAMENTO DE ANALISTAS DO COMPORTAMENTO

ABA é uma abordagem com enfoque especializado no tratamento de saúde comportamental e a maioria dos programas de graduação ou pós-graduação em psicologia, terapia ocupacional, serviço social ou outras áreas da prática clínica não fornecem uma formação profunda nesta disciplina. Assim, uma compreensão do processo de credenciamento de Analistas Comportamentais pelo Behavior Analyst Certification Board® (BACB®) pode auxiliar os planos de saúde e seus assinantes na identificação daqueles provedores que atendem às competências básicas para praticar ABA.

O treinamento formal dos profissionais credenciados pelo BACB é semelhante ao de outros profissionais da área médica e de saúde comportamental. Ou seja, eles são inicialmente treinados em um ambiente acadêmico e, em seguida, começam a trabalhar em um ambiente clínico supervisionado com clientes. Conforme eles demonstram gradualmente as competências necessárias para gerenciar problemas clínicos complexos com uma variedade de clientes e ambientes de saúde, eles se tornam profissionais independentes. Em resumo, os Analistas do Comportamento passam por uma trajetória rigorosa de treinamento e educação, incluindo um período de “estágio” em que trabalham sob a supervisão direta de um Analista do Comportamento experiente.

Deve-se notar que outros profissionais licenciados podem ter ABA incluído em seu escopo particular de treinamento e competência. Além disso, um pequeno subconjunto de clínicos podem ser licenciados por outra profissão e também possuir uma credencial do BACB, fornecendo assim evidências adicionais da natureza e profundidade de seu treinamento em ABA.

Embora o financiamento da saúde e a gestão de tratamentos de saúde comportamental supervisionados por Analistas do Comportamento sejam relativamente recentes, os Analistas do Comportamento, como outros provedores de saúde médica e comportamental, se baseiam em estratégias e procedimentos documentados na literatura revisada por pares, protocolos de tratamento estabelecidos e em estruturas de tomada de decisão clínica. Eles avaliam continuamente o estado atual do cliente e personalizam as opções de tratamento com base nos resultados da observação direta e dados de uma série de outras avaliações. Os Analistas do Comportamento também solicitam e integram informações do cliente e de membros da família e coordenam intervenções com outros profissionais.

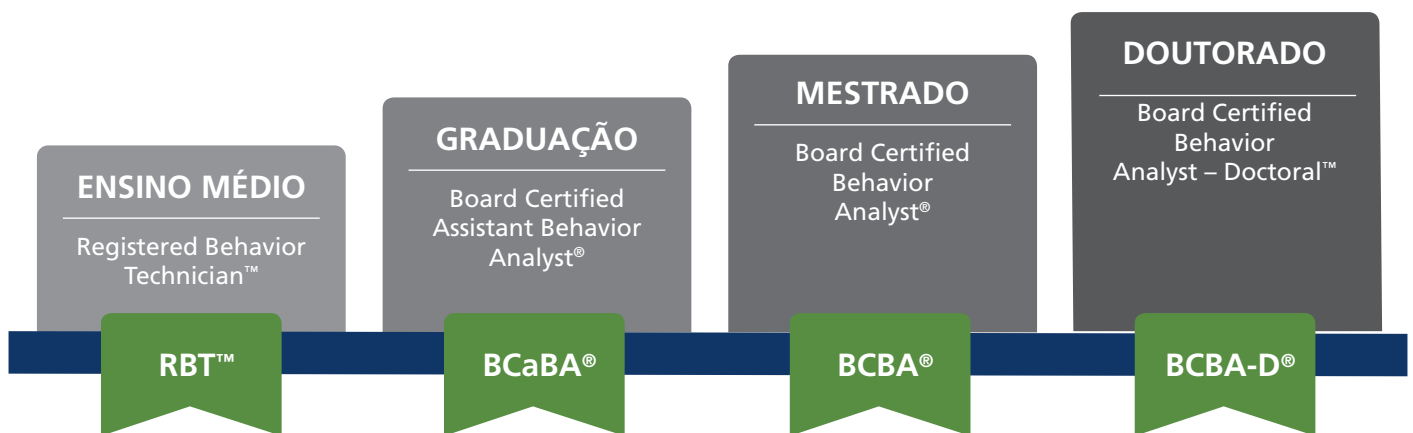
O Behavior Analyst Certification Board

O BACB é uma corporação sem fins lucrativos 501(c)(3) estabelecida para atender às necessidades de credenciamento profissional identificadas por Analistas do Comportamento, governos e consumidores de serviços de análise de comportamento. A missão do BACB é de proteger os consumidores de serviços de análise do comportamento em todo o mundo, sistematicamente estabelecendo, promovendo e disseminando diretrizes profissionais. O BACB estabeleceu conteúdo, diretrizes e critérios uniformes para o processo de credenciamento projetado para atender:

- As diretrizes de padrões legais estabelecidos por meio de leis estaduais, nacionais e jurisprudência;
- As diretrizes que são aceitas para certificação de programas; e
- As “melhores práticas” e padrões éticos da profissão da análise do comportamento.

Os programas de certificação de BCBA e BCaBA são atualmente acreditados pela National Commission for Certifying Agencies (NCCA), o braço de credenciamento do Institute for Credentialing Excellence. NCCA revisa e supervisiona todos os aspectos relacionados em garantir o desenvolvimento e aplicação de processos de credenciamento adequados.

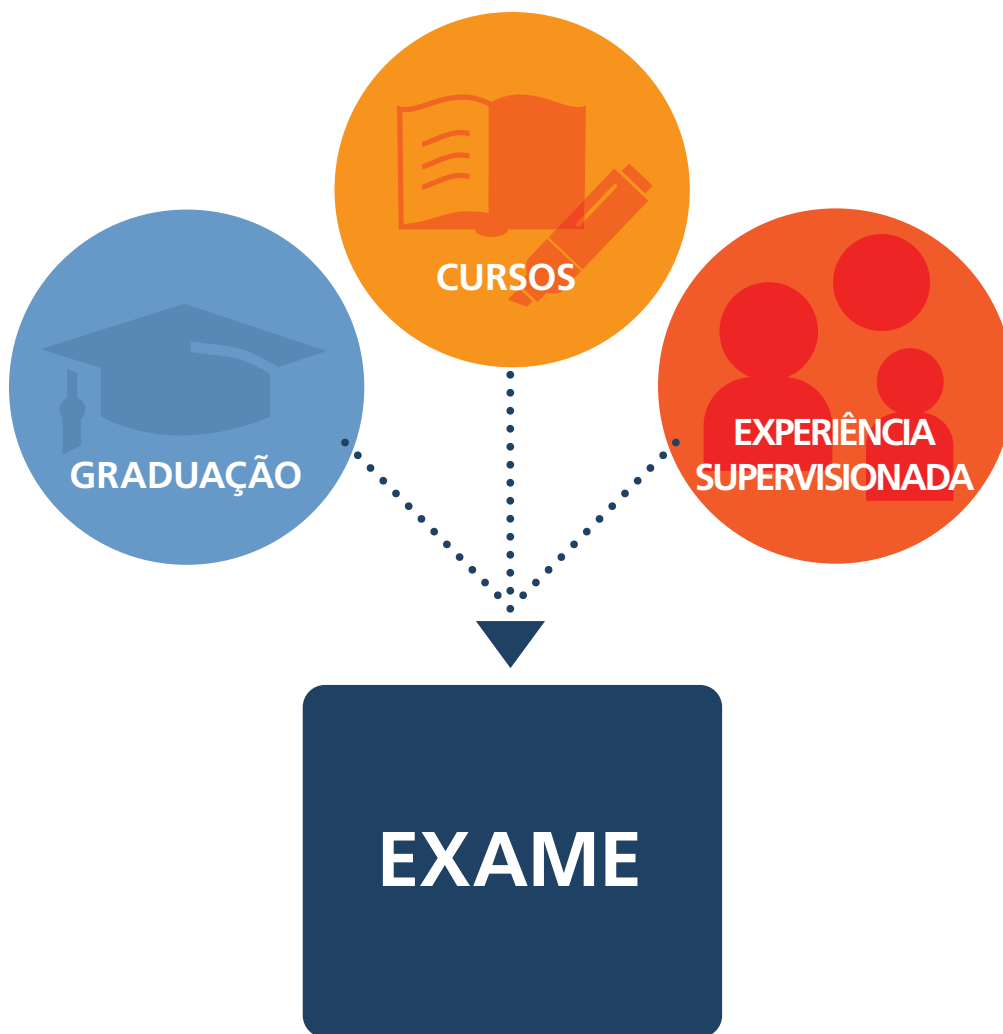
O BACB credencia e reconhece profissionais em quatro níveis:



Praticantes credenciados nos níveis BCBA-D e BCBA são definidos como Analistas do Comportamento. O BACB requer que BCaBAs, ou Analistas Comportamentais Assistentes, trabalhem sob a supervisão de um BCBA-D ou BCBA. RBTs precisam trabalhar sob a supervisão de um BCBA-D, BCBA ou BCaBA. Nota: os critérios para a credencial RBT são descritos na Seção 5 (Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais).

Critérios de Elegibilidade para Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes

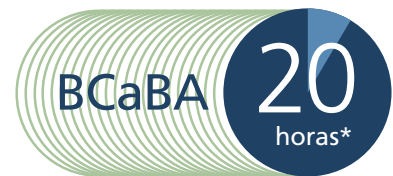
Candidatos que finalizam os requerimentos de qualificação de graduação, cursos e experiência supervisionada descritos na próxima seção, podem fazer o exame para o BCBA ou BCaBA (veja a figura abaixo). Cada exame é desenvolvido profissionalmente para atender aos padrões de exame reconhecidos e é baseado nos resultados de uma análise de trabalho e pesquisa formais. Além disso, todos os exames do BACB são oferecidos sob condições de teste seguros e são administrados e avaliados profissionalmente.



Critérios primários para a certificação pelo BACB

Educação Continuada e Manutenção da Certificação

Os profissionais certificados pelo BACB são obrigados a atestar que seguem as regras éticas e disciplinares da organização (veja abaixo) a cada dois anos e obter 20 (BCaBA) ou 32 (BCBA, BCBA-D) horas* de educação continuada a cada dois anos, quatro dessas horas precisam ser relacionadas a ética profissional. Organizações que empregam Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes devem apoiar e fornecer este treinamento conforme necessário.



**créditos de ed. continuada a cada 2 anos*

Procedimentos Disciplinares

Certificantes pelo BACB precisam relatar regularmente qualquer assunto que possa afetar o seu cumprimento ético. Os critérios éticos do BACB podem ser encontrados em www.bacb.com.

O BACB usa um sistema de reclamação online pelo qual a organização é alertada sobre potenciais violações disciplinares. Cada reclamação é avaliada pelo departamento jurídico do BACB e depois, com base no seu mérito, é encaminhada a um comitê para análise e processamento. Os membros do comitê são BCBA ou BCBA-Ds seniors selecionados por seus conhecimentos e independência, e quando aconselhável, inclui um membro da região do certificando. Ações disciplinares para certificantes incluem, mas não estão limitadas a consultoria de aconselhamento, educação continuada obrigatória, suspensão da certificação ou revogação da certificação. Resultados das ações disciplinares são relatadas publicamente online.

Licença de Analistas do Comportamento

As credenciais ou diretrizes da certificação do BACB são atualmente a base para o licenciamento nos estados dos Estados Unidos (EUA) onde Analistas do Comportamento são licenciados. Baseando o licenciamento nas credenciais do BACB tem bom custo-benefício e garante que competências críticas em relação à prática e pesquisa são periodicamente revisadas e atualizadas por profissionais e pesquisadores. Quer seja usado como base para o licenciamento ou como uma credencial "independente", as credenciais de certificação do BACB são reconhecidas nos estados onde as leis de reforma de seguro de saúde foram promulgadas e em outros estados também.



SEÇÃO 2: **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

A Análise do Comportamento Aplicada é uma disciplina bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas, com um corpo de conhecimento científico substancial, com diretrizes estabelecidas para a prática baseada em evidências, com métodos distintos de prestação de serviços, com critérios educacionais e experiência reconhecidos para a prática e com critérios necessários identificados para a educação nas universidades. Os profissionais da ABA se dedicam ao uso específico e abrangente de princípios de aprendizagem, incluindo a aprendizagem operante e respondente, para atender às necessidades de indivíduos com TEA em diversos ambientes. Os serviços são prestados e supervisionados por Analistas do Comportamento com especialização e treinamento formal em ABA para o tratamento específico do TEA.

1 Identificando ABA

Financiadores e gestores de saúde precisam ser capazes de reconhecer as seguintes características centrais da ABA:

1. Uma avaliação objetiva e análise da condição do cliente pela observação de como o ambiente afeta o comportamento do cliente, conforme evidenciado por meio da coleta de dados adequada.
2. Importância dada a compreensão do contexto do comportamento e o valor do comportamento para o indivíduo, família e comunidade.
3. Utilização dos princípios e procedimentos da análise do comportamento de forma que a saúde do cliente, independência e qualidade de vida sejam melhoradas.
4. Avaliação objetiva, consistente e contínua e análise dos dados para informar a tomada de decisão clínica.

2 Elementos Essenciais para a Prática da ABA

As quatro características principais listadas anteriormente devem ser evidentes em todas as fases da avaliação e do tratamento manifestando-se nos seguintes elementos essenciais da prática profissional:

1. **Avaliação abrangente** que descreve os níveis específicos do comportamento durante a linha de base e informa o subsequente estabelecimento dos objetivos do tratamento.
2. **Uma ênfase na compreensão do valor atual e futuro** (ou relevância social) do(s) comportamento(s) selecionado(s) para tratamento.
3. Um enfoque prático no **estabelecimento de pequenas unidades de comportamento**, que de forma cumulativa, levam a mudanças mais significativas no funcionamento relacionados à melhoria da saúde e níveis de independência.
4. Coleta, quantificação e análise de **dados observados diretamente** em comportamentos alvo durante tratamento e acompanhamento para maximizar e manter o progresso em direção aos objetivos do tratamento
5. Esforços para **delinear, estabelecer e gerenciar o(s) ambiente(s) social(is) e de aprendizagem** para minimizar comportamento(s) problema e maximizar a taxa de progresso em direção a todos os objetivos.
6. Uma abordagem para o tratamento do comportamento problema que **conecta a função** (ou o motivo) do comportamento às estratégias de intervenção programadas.
7. Uso de um **plano de tratamento analítico-comportamental cuidadosamente construído, individualizado e detalhado** que utiliza reforçamento e outros princípios comportamentais e exclui o uso de métodos ou técnicas que não tenham consenso sobre sua eficácia com base na evidência das publicações revisadas por pares.
8. Uso de **protocolos de tratamento que são implementados repetidamente, frequentemente e consistentemente** através dos ambientes até que os critérios de alta sejam atendidos.
9. Uma ênfase na **avaliação direta contínua e frequente, análise e ajustes no plano de tratamento** (pelo Analista do Comportamento) com base no progresso do cliente, conforme determinado por observações e análise objetiva dos dados.
10. **Apoio direto e treinamento de familiares e outros profissionais envolvidos** para promover funcionamento otimizado e promover generalização e manutenção de melhorias comportamentais.
11. Uma **infraestrutura abrangente para supervisão** de toda avaliação e tratamento por um Analista do Comportamento.



3 Modelos de Tratamento

Os programas de tratamento ABA para o TEA incorporam descobertas de centenas de estudos aplicados focados na compreensão e tratamento do TEA publicados em periódicos revisados por pares ao longo de um período de mais de 50 anos. O tratamento pode variar em termos de intensidade e duração, complexidade e alcance dos objetivos do tratamento, e da extensão do tratamento fornecido diretamente. Muitas variáveis, incluindo o número, complexidade e intensidade dos comportamentos alvo e a própria resposta do cliente ao tratamento ajuda a determinar qual modelo é o mais apropriado. Embora os modelos de tratamento sejam existentes em um contínuo, estas diferenças podem ser geralmente categorizadas como um dos dois modelos de tratamento: Tratamento ABA Focado ou Abrangente.³

Tratamento ABA Focado

Descrição do Serviço

ABA Focado refere-se ao tratamento fornecido diretamente ao cliente para um número limitado de comportamentos alvo. Isto não é restrito por condições de idade, nível cognitivo ou comorbidades.

O tratamento ABA Focado pode envolver o aumento de comportamento socialmente apropriado (por exemplo, aumento de iniciações sociais) ou redução de comportamento problema (por exemplo, agressão) como alvo principal. Mesmo quando a redução do comportamento problema é o objetivo principal, é fundamental também focar no aumento dos comportamentos alternativos apropriados, porque a ausência de comportamentos apropriados é muitas vezes o precursor de distúrbios comportamentais graves. Portanto, o tratamento ABA Focado também é adequado para indivíduos que precisam adquirir habilidades (por exemplo, comunicação, tolerância de mudanças nos ambientes e em atividades, autoajuda, habilidades sociais).

Tratamento ABA Focado pode envolver aumento de comportamento socialmente apropriado... ou redução de comportamento problema.

Os planos do ABA Focado são apropriados para indivíduos que (a) precisam apenas de tratamento para um número limitado de habilidades funcionais ou (b) têm um comportamento problema tão agudo que seus tratamentos devem ser priorizados.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Focado, cont.

Exemplos de habilidades funcionais importantes incluem, mas não estão limitados ao, estabelecimento de seguimento de instruções, habilidades de comunicação social, seguimento de procedimentos médicos e odontológicos, higiene do sono, habilidades de autocuidado, habilidades de segurança e habilidades de lazer independentes (por exemplo, participação apropriada em atividades da família e da comunidade). Exemplos de comportamentos problema graves que requerem intervenção focada incluem, mas não estão limitados a, autolesão, agressão, ameaças, pica, fuga, distúrbios alimentares, comportamento estereotipado motor ou vocal, destruição de propriedade, oposição em seguir as rotinas básicas e comportamento disruptivo ou comportamento disfuncional social.

Ao priorizar a ordem para abordar múltiplos alvos do tratamento, o seguinte deve ser considerado:

- **Comportamento que ameace a saúde ou segurança do cliente ou outros ou que constitua uma barreira à qualidade de vida** (por exemplo, agressão severa, automutilação, destruição de propriedade, ou oposição);
- **Ausência de habilidades adaptativas, sociais ou funcionais adequadas ao desenvolvimento que são fundamentais para manter a saúde, inclusão social e maior independência** (por exemplo, ir ao banheiro, vestir-se, alimentar-se e seguir os procedimentos médicos).

Quando o foco do tratamento envolve o aumento do comportamento socialmente apropriado, o tratamento pode ser administrado tanto em formato individual ou grupo pequeno. Quando conduzido em um grupo pequeno, pares com desenvolvimento típico ou indivíduos com diagnósticos semelhantes podem participar da sessão. Membros da equipe analítico-comportamental podem orientar a prática dos objetivos comportamentais entre os clientes e outras pessoas que participam das sessões. Como em todos os tratamentos, é essencial programar a generalização das habilidades para fora da sessão.

Quando o foco do tratamento envolve a redução de comportamento problema grave, o Analista do Comportamento irá determinar quais são as situações mais prováveis de precipitar um comportamento problema e, com base nessas informações, começar a identificar seu potencial propósito (ou “função”). Isso pode exigir a realização de um procedimento de análise funcional para empiricamente demonstrar a função do comportamento problema. Os resultados permitem que o Analista do Comportamento desenvolva o protocolo de tratamento mais eficaz. Quando a função do comportamento problema for identificada, o Analista do Comportamento elaborará um plano de tratamento que altere o ambiente para reduzir a motivação para o comportamento problema e/ou estabeleça um comportamento novo mais apropriado que tenha a mesma função e, portanto, “substitui” o comportamento problema.

Em alguns casos, indivíduos com TEA exibem transtornos graves de comportamento concomitantes que requerem um tratamento focado em ambientes mais intensivos, como ambulatórios especializados, tratamento dia, programas residenciais ou de internação. Nestes casos, estes transtornos de comportamento têm diagnósticos separados e distintos (por exemplo, Transtorno do Movimento Estereotipado com comportamento de autolesão grave). Os serviços ABA prestados nesses ambientes geralmente exigem taxas mais altas de funcionários por cliente (por exemplo, dois a três funcionários para cada cliente) e orientação de perto, no próprio local, do Analista do Comportamento. Além disso, esses programas de tratamento muitas vezes têm ambientes de tratamento especializados (por exemplo, salas de tratamento projetadas para observação e para manter os clientes e os funcionários o mais seguro possível).

Tratamento ABA Abrangente

Descrição do Serviço

ABA Abrangente refere-se ao tratamento dos vários domínios do desenvolvimento afetados, como cognitivo, comunicativo, social, emocional e funcionamento adaptativo. Comportamentos mal-adaptativos, como oposição, birra e estereotipia também costumam ser o foco do tratamento. Embora existam diferentes tipos de tratamento abrangente, um exemplo é a intervenção comportamental precoce e intensiva, onde o objetivo maior é fechar a lacuna entre o nível de funcionamento do cliente e dos pares com desenvolvimento típico. Esses programas tendem a variar de 30-40 horas de tratamento por semana (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento de cuidadores). Inicialmente, este modelo de tratamento normalmente envolve um profissional 1:1 cliente e gradualmente inclui formato de pequenos grupos conforme apropriado. O Tratamento Abrangente também pode ser apropriado para indivíduos mais velhos diagnosticados com TEA, particularmente se eles engajam em comportamentos graves ou perigosos em vários ambientes.

Inicialmente, o tratamento é normalmente fornecido em sessões de terapia estruturadas, que são integradas com métodos mais naturalísticos conforme apropriado. Quando o cliente progride e alcança os critérios estabelecidos para participação em ambientes maiores ou diferentes, o tratamento nesses ambientes e na comunidade mais ampla devem ser fornecidos. Treinar membros da família e outros cuidadores para gerenciar comportamentos problema e interagir com o indivíduo com TEA de forma terapêutica é um componente crítico deste modelo de tratamento.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Abrangente, cont.

Componentes Típicos do Programa

Os componentes do tratamento devem geralmente refletir as seguintes áreas (ordenados alfabeticamente):

- Assertividade e independência
- Atenção compartilhada e referência social
- Auto gerenciamento
- Desenvolvimento emocional
- Funcionamento cognitivo
- Habilidades adaptativas e de autocuidado
- Habilidades de brincadeiras e lazer
- Habilidades de enfrentamento e tolerância
- Habilidades de segurança pessoal
- Habilidades pré-acadêmicas
- Habilidades vocacionais
- Linguagem e comunicação
- Participação na comunidade
- Redução de comportamentos de interferências ou inadequados
- Relações familiares
- Relações sociais

Para informações sobre a intensidade e duração do tratamento para vários Tratamentos Focais e Abrangentes, consulte a Seção 4 (Autorização de Serviço e Dosagem).

4 Variações Dentro Destes Modelos

Os programas de tratamento dentro de qualquer um destes modelos variam ao longo de várias dimensões programáticas, incluindo o grau em que eles são primariamente orientados pelo provedor ou pelo cliente (às vezes descritos como “estruturado vs. naturalista”). Outras variações incluem até que ponto os pares ou pais estão envolvidos na administração do tratamento. Finalmente, alguns diferem em grau no sentido de que fazem parte de uma “marca” disponível comercialmente.

As decisões sobre como essas várias dimensões são implementadas nos planos de tratamento individuais precisam refletir muitas variáveis, incluindo a base de pesquisa, a idade do cliente, aspectos específicos dos comportamentos alvo, a taxa de progresso do cliente, demonstração de habilidades pré-requisitos e recursos necessários para dar suporte a implementação do plano de tratamento através de contextos.

5 Procedimentos ABA Empregados Nestes Modelos

Um grande número de procedimentos ABA são rotineiramente empregados dentro dos modelos descritos anteriormente. Eles diferem uns dos outros em sua complexidade, especificidade e na extensão em que foram projetados primariamente para uso com indivíduos diagnosticados com TEA. Todos são baseados nos princípios da ABA e são empregados com flexibilidade determinada pelo plano de tratamento específico de cada indivíduo e sua resposta ao tratamento. Se um procedimento ABA ou combinação de procedimentos ABA não estão produzindo os resultados desejados, um procedimento diferente pode ser sistematicamente implementado e sua eficácia pode ser avaliada.

Estes procedimentos incluem diferentes tipos de reforçamento e esquemas de reforçamento, reforçamento diferencial, modelagem, encadeamento, momento comportamental, dicas e esvanecimento, treinamento de habilidades comportamentais, extinção, treinamento de comunicação funcional, ensino por tentativa discreta, ensino incidental, auto gerenciamento, avaliação funcional, avaliações de preferência, rotina de atividades, generalização e procedimentos de manutenção, entre muitos outros (consulte *BACB Fourth Edition Task List*). O campo da análise do comportamento está constantemente desenvolvendo e avaliando procedimentos aplicados para mudança de comportamento.

6 Locais Onde o Tratamento é Realizado

O padrão de cuidado prevê que o tratamento seja realizado consistentemente em múltiplos ambientes para promover generalização e manutenção dos benefícios terapêuticos. Nenhum modelo ABA é específico para um determinado local e todos podem ser realizados em uma variedade de ambientes, incluindo instalações residenciais, internação e programas ambulatoriais, casas, escolas, transporte e locais na comunidade. Tratamento em vários ambientes com adultos, irmãos e/ou colegas com desenvolvimento típico, sob a supervisão de um Analista do Comportamento, dá suporte a generalização e manutenção de ganhos terapêuticos. Deve-se notar que o tratamento pode ocorrer em múltiplos ambientes (por exemplo, casa, comunidade e transporte) no mesmo dia. O tratamento não deve ser negado ou suspenso porque um cuidador não pode estar no local do tratamento consistentemente.

Para garantir a continuidade do atendimento, tratamento e consultoria em ABA devem ser realizados em ambientes educacionais e terapêuticos subsequentes (por exemplo, residência para a escola, hospital para casa) para dar suporte e fazer a transição de indivíduos com sucesso.

		POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO				
		CASA	ESCOLA & COMUNIDADE	CLÍNICA/ AMBULATÓRIO	INSTALAÇÕES DE TRATAMENTO RESIDENCIAL	HOSPITAL/ INTERNAÇÃO
MODELOS DE TRATAMENTO	FOCADO	✓	✓	✓	✓	✓
	ABRANGENTE	✓	✓	✓	✓	✓

7 Idade do Cliente

O tratamento deve ser baseado nas necessidades clínicas do indivíduo e não deve ser restrito pela idade. Tratamento ABA consistente deve ser fornecido assim que possível após o diagnóstico e, em alguns casos, os serviços se justificam antes do diagnóstico. Há evidências de que o quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo. Além disso, ABA é eficaz ao longo da vida. Pesquisas não estabeleceram um limite de idade a partir do qual ABA é ineficaz.

Há evidências de que quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo.

8 Combinando ABA com Outras Formas de Tratamento

Os resultados de vários estudos mostram que um modelo eclético, onde ABA é combinado com tratamentos que não são baseados em evidências, é menos eficaz do que a ABA sozinha. Portanto, planos de tratamento que combinam ABA com procedimentos adicionais que carecem de evidências científicas, conforme estabelecido por publicações revisadas por pares devem ser considerados ecléticos e não constituem um tratamento ABA.





SEÇÃO 3: **AVALIAÇÃO, FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS DE TRATAMENTO, E MENSURAÇÃO DO PROGRESSO DO CLIENTE**

1 O Processo de Avaliação

O desenvolvimento apropriado do processo de avaliação ABA precisa identificar os pontos fortes e fracos em todos os domínios e potenciais barreiras para o progresso. As informações deste processo são a base para o desenvolvimento do plano de tratamento ABA individualizado. Uma avaliação ABA normalmente utiliza informações obtidas por múltiplos métodos e múltiplos informantes, incluindo os seguintes:

Revisão de Arquivo

Informações sobre as condições médicas, resultados de avaliações anteriores, resposta a tratamentos anteriores e outras informações relevantes devem ser obtidas por meio de revisão de arquivo e incorporadas no desenvolvimento dos objetivos do tratamento e intervenção. Exemplos de avaliações que devem ser revisadas incluem testes intelectuais e de desempenho, avaliações de desenvolvimento, avaliações de diagnóstico de transtornos mentais em comorbidade e avaliações de funcionamento e necessidades da família. Em alguns casos, se as informações de avaliação estiverem incompletas, o Analista do Comportamento deve encaminhar o cliente a outros profissionais para as avaliações necessárias.

Entrevistas e Escalas de Avaliação

Clientes, cuidadores e outras partes interessadas, conforme apropriado, são incluídos na seleção de objetivos do tratamento, desenvolvimento de protocolos e avaliação de progresso. Analistas do Comportamento usam entrevistas, escalas de avaliação e medidas socialmente relevantes para avaliar as percepções dos deficits de habilidades e excessos comportamentais do cliente, e até que ponto esses deficits e excessos comprometem a vida do indivíduo e da família. Exemplos de escalas de avaliação incluem avaliações de comportamento adaptativo, avaliações funcionais, entre outras.

O Processo de Avaliação, cont.

Avaliação Direta e Observação

Observação direta, coleta e análise de dados são características definidoras da ABA. A análise de tais dados servem como base primária para identificar níveis de funcionamento pré-tratamento, desenvolver e adaptar os protocolos de tratamento de forma contínua e avaliar a resposta ao tratamento e o progresso em direção aos objetivos. O comportamento deve ser observado diretamente em uma variedade de ambientes naturais relevantes e em interações estruturadas. Exemplos de avaliações diretas estruturadas incluem avaliação curricular, observações estruturadas de interações sociais, entre outros.

Avaliação de Outros Profissionais

Avaliações periódicas de outros profissionais podem ser úteis para orientar o tratamento ou avaliar progresso. Exemplos podem incluir avaliação do funcionamento intelectual geral, condições médicas, desempenho acadêmico, entre outros.

2 Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento

Os objetivos são priorizados com base em suas implicações para a saúde e bem-estar do cliente, o impacto no cliente, na segurança da família e da comunidade e da contribuição para a independência funcional. Os objetivos do tratamento ABA são identificados com base no processo de avaliação descrito anteriormente. Cada objetivo deve ser definido de uma forma específica e de maneira mensurável que permita a avaliação frequente do progresso em direção a um critério de domínio específico. O número e complexidade de objetivos devem ser consistentes com a intensidade e ambiente da prestação de serviços. A adequação de objetivos existentes e de novos objetivos devem ser considerados periodicamente.

O sistema de mensuração para acompanhar o progresso em direção aos objetivos deve ser individualizado para o cliente, para o contexto de tratamento, para as características críticas do comportamento e para os recursos disponíveis no ambiente do tratamento. Medidas específicas, observáveis e quantificáveis devem ser coletadas para cada objetivo e devem ser sensíveis o suficiente para capturar mudanças significativas de comportamento em relação aos objetivos finais do tratamento.

Os resultados das avaliações padronizadas podem ser usados para monitorar o progresso em direção aos objetivos do tratamento de longo prazo. No entanto, pontuações de QI e outras avaliações globais não são apropriadas como únicos determinantes da resposta ou não resposta do indivíduo ao tratamento ABA. Muitos indivíduos podem mostrar um progresso substancial em importantes características do transtorno (por exemplo, linguagem funcional,

Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento, cont.

funcionamento social, comportamento repetitivo, comportamento adaptativo, segurança e bem-estar e comorbidade de transtorno mental) sem uma mudança substancial em medidas de funcionamento intelectual. Assim, as pontuações em tais avaliações não devem ser usadas para negar ou interromper o tratamento ABA.

3 Avaliação Funcional do Comportamento Problema

Quando um cliente apresenta comportamento problema em um nível que é prejudicial ao meio ambiente ou perigoso para o cliente ou outros, uma avaliação funcional é necessária. A avaliação funcional se refere ao processo geral de identificação de aspectos do meio ambiente que podem contribuir para o desenvolvimento e para a continuidade da ocorrência de comportamento problema. Ou seja, a avaliação funcional é delineada para identificar onde, quando e os prováveis motivos pelos quais um comportamento problema ocorre. Essas informações são, então, diretamente incorporadas ao plano de tratamento de problemas comportamentais na forma de uma intervenção baseada em funções.

- O processo de avaliação funcional tipicamente inclui múltiplas fontes de informação, como entrevistas com cuidadores, escalas de avaliação e coleta de dados de observação direta e consideração de possíveis condições médicas que podem afetar o comportamento problema.
- A observação direta pode assumir a forma de avaliação das interações contínuas presentes no ambiente natural ou a forma de uma análise funcional.
- A análise funcional refere-se à modificação direta de eventos ambientais e avaliação do impacto dessas mudanças no nível do comportamento problema por meio de observação direta. As análises funcionais podem ser complexas e podem exigir taxas mais altas de funcionários e maior direcionamento do Analista do Comportamento.

4 Duração e Frequência da Avaliação

O processo de avaliação necessário para o desenvolvimento inicial de programas de tratamento Abrangente pode levar 20 horas ou mais. Avaliações subsequentes e avaliações para tratamentos focados que envolvem um pequeno número de objetivos descomplicados geralmente requerem menos horas. O processo de avaliação funcional para comportamentos problema graves costuma ser complexo e pode exigir durações consideravelmente mais longas.

A avaliação do progresso geral em direção aos objetivos abrangentes do tratamento deve ser resumida em intervalos regulares (por exemplo, semestralmente).



SEÇÃO 4: AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇO E DOSAGEM

1 Autorização de Serviço

Normalmente os períodos de autorização não devem ser inferiores a seis meses e podem envolver alguns ou todos os seguintes serviços. Se houver alguma dúvida quanto à adequação ou eficácia da ABA para um determinado cliente, uma revisão dos dados do tratamento pode ser realizada com mais frequência (por exemplo, após três meses de tratamento). Além disso, se a revisão clínica de terceiros (também conhecida como revisão por pares) for exigida por um financiador ou gerente de saúde, o revisor deve ser um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.

A lista a seguir representa serviços comuns* que devem ser autorizados para o resultado otimizado do tratamento. Outros podem ser apropriados.

1. Avaliação Analítica-Comportamental
2. Desenvolvimento e Modificação do Plano de Tratamento
3. Tratamento Direto para Indivíduos ou Grupos com Implementação por Analistas do Comportamento e/ou Técnicos Comportamentais.
4. Supervisão (tanto direta quanto indireta) por Analistas do Comportamento
5. Viagem para Garantir Acesso Equitativo aos Serviços (por exemplo, áreas rurais e carentes)
6. Treinamento de Pais e Cuidadores Comunitários para Indivíduos ou Grupos
7. Consultoria para Garantir Continuidade e/ou Coordenação de Tratamento
8. Planejamento de Alta

*Estes serviços podem ser efetivamente entregues via telemedicina em jurisdições que permitem tais sistemas de entrega.

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 1 de 2)

I. Informações do Paciente

II. Motivo para Encaminhamento

III. Breves Informações Básicas

- a. Dados demográficos (nome, idade, sexo, diagnóstico)
- b. Informações sobre moradia
- c. Informações sobre casa/escola/trabalho

IV. Entrevista Clínica

- a. Coleta de informações sobre comportamentos problema, incluindo o desenvolvimento de definições operacionais da área de preocupação principal e informações sobre possível função do comportamento

V. Revisão de Avaliações Recentes/Relatórios (revisão de arquivo)

- a. Qualquer avaliação comportamental funcional recente, teste cognitivo e/ou relatórios de progresso

VI. Procedimentos de Avaliação e Resultados

- a. Breve descrição das avaliações, incluindo sua finalidade
 - AVALIAÇÕES INDIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
 - AVALIAÇÕES DIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
- b. Os comportamentos alvo são definidos operacionalmente, incluindo os níveis de linha de base

VII. Plano de Tratamento (ABA Focado)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Definição operacional para cada comportamento e objetivo
- c. Especifique os procedimentos de manejo do comportamento (ou seja, redução e/ou aquisição de comportamento):
 - Intervenções baseadas em antecedentes
 - Intervenções baseadas em consequências
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 2 de 2)

VIII. Plano de Tratamento (Aquisição de Habilidades - ABA Abrangente)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Métodos instrucionais a serem usados
- c. Definição operacional para cada habilidade
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

IX. Treinamento de Pais/Cuidadores

- a. Especifique os procedimentos de treinamento dos pais
- b. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- c. Objetivos e metas propostas*

X. Número de Horas Solicitadas

- a. Número de horas necessárias para cada serviço
- b. Resumo clínico que justifica horas solicitadas
- c. Códigos de faturamento solicitados (por exemplo, CPT, HCPCS)

XI. Coordenação de Tratamento

XII. Plano de Transição

XIII. Plano de Alta

XIV. Plano de Crise

**Cada objetivo e meta precisa incluir:*

- Nível atual (linha de base)
- O comportamento dos pais/cuidadores que é esperado que seja demonstrado, incluindo a condição sob a qual deve ser demonstrado e critérios de domínio (a meta ou o objetivo)
- Data de introdução
- Data estimada de domínio
- Especificar plano para generalização
- Reportar objetivo como cumprido, não cumprido, modificado (incluir explicação)

2 Dosagem do Tratamento

A dosagem do tratamento, que muitas vezes é referenciada na literatura de tratamento como “intensidade,” irá variar com cada cliente e deve refletir aos objetivos do tratamento, as necessidades específicas do cliente e a resposta ao tratamento. A dosagem do tratamento deve ser considerada em duas categorias distintas: intensidade e duração.

Intensidade

A intensidade é tipicamente medida em termos de número de horas por semana de tratamento direto. Intensidade frequentemente determina se o tratamento se enquadra na categoria de Focado ou Abrangente.

Tratamento Focado ABA

ABA Focado geralmente varia de **10–25 horas por semana** de tratamento direto (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento do cuidador). No entanto, certos programas para comportamento destrutivo severo **podem exigir mais de 25 horas por semana** de terapia direta (por exemplo, tratamento diurno ou programa de internação para comportamento autolesivo grave).

Tratamento ABA Abrangente

O tratamento geralmente envolve um nível de intensidade de **30–40 horas de tratamento direto 1:1 para o cliente por semana**, não incluindo treinamento de cuidadores, supervisão e outros serviços necessários. Contudo, crianças muito pequenas podem começar com poucas horas de terapia por dia com o objetivo de aumentar a intensidade da terapia conforme permita sua capacidade de tolerar e participar. Horas de tratamento são subsequentemente aumentadas ou diminuídas com base na resposta do cliente ao tratamento e às necessidades atuais. As horas podem ser aumentadas para atingir com mais eficiência os objetivos do tratamento. Diminuição em horas de terapia por semana tipicamente ocorre quando um cliente atingiu a maioria dos objetivos do tratamento e está movendo em direção a alta.

Dosagem do Tratamento, cont.

Embora o número recomendado de horas de terapia possa parecer alto, isso é baseado em achados de pesquisas sobre a intensidade necessária para produzir bons resultados. Também deve ser notado que o tempo gasto ausente da terapia pode resultar no indivíduo ficando ainda mais para trás na trajetória do desenvolvimento típico. Tais atrasos provavelmente resultarão em aumento de custos e maior dependência de serviços mais intensivos ao longo de sua vida.

Duração

A duração do tratamento é gerenciada de forma eficaz avaliando a resposta do cliente ao tratamento. Esta avaliação pode ser conduzida antes da conclusão de um período de autorização. Alguns indivíduos continuarão a demonstrar necessidade clínica e a requerer tratamento contínuo durante múltiplos períodos de autorização. Veja a Seção 8 para informações sobre o planejamento de alta.



SEÇÃO 5: MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CAMADAS E TÉCNICOS COMPORTAMENTAIS

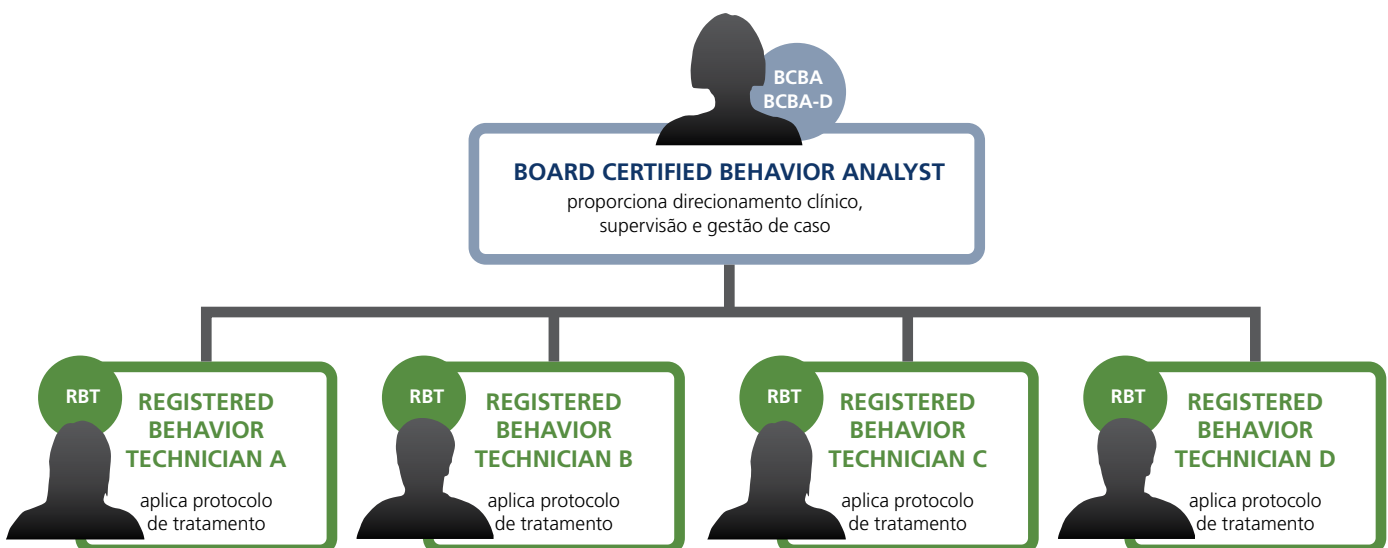
A maioria dos programas de tratamento ABA envolvem um modelo de prestação de serviços em camadas em que o Analista do Comportamento delinea e supervisiona um programa de tratamento fornecido por Analistas Comportamentais Assistentes e Técnicos Comportamentais.

1 Descrição de um Modelo de Entrega de Serviço em Camadas

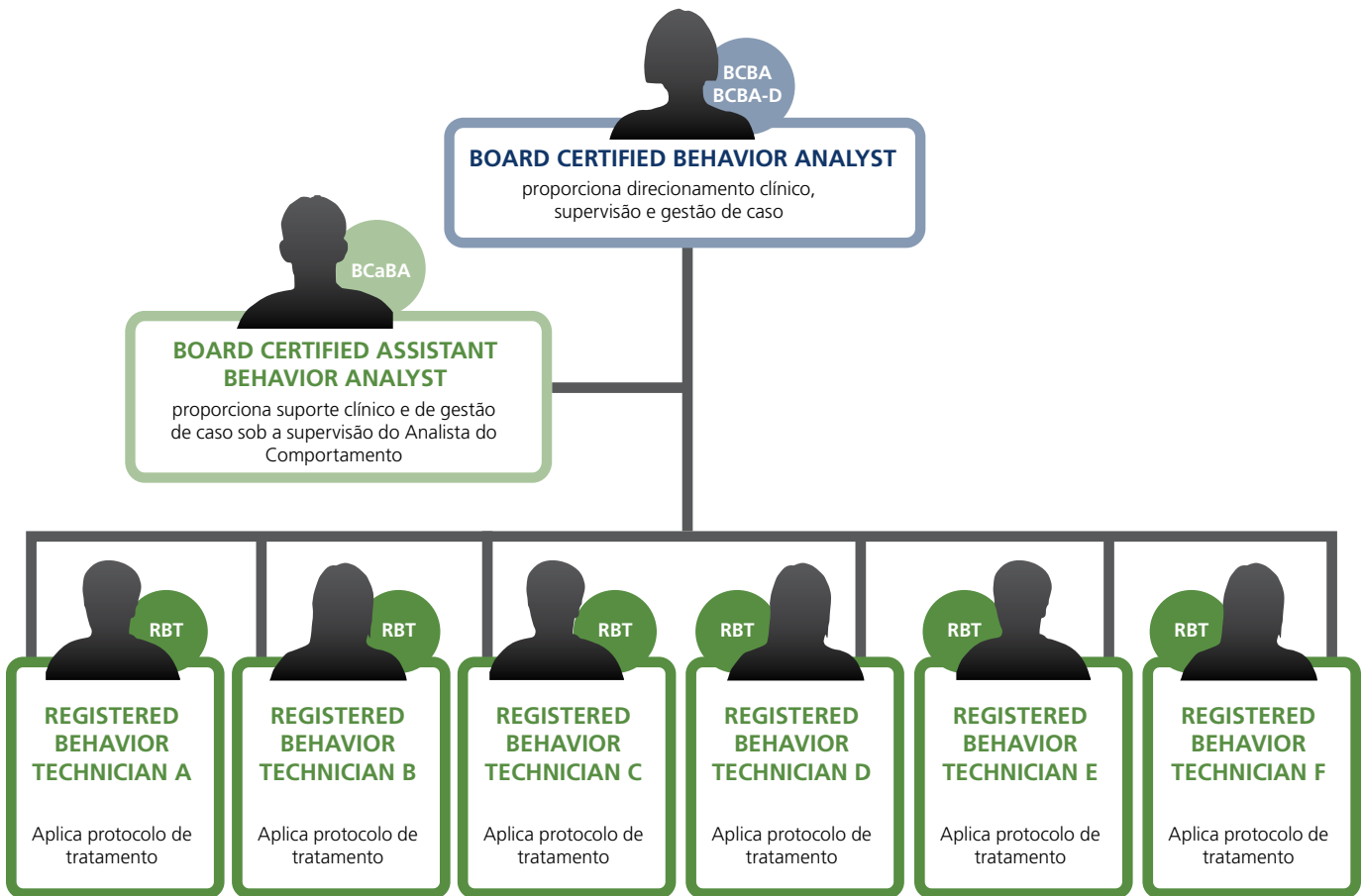
As atividades clínicas, de supervisão e de gerenciamento de caso do Analista do Comportamento são frequentemente apoiadas por outro pessoal, como Analistas Comportamentais Assistentes que trabalham dentro do escopo de seu treinamento, prática e competência.

A seguir estão dois exemplos de modelos de entrega de serviço em camadas (entre outros), uma abordagem organizacional para entrega de tratamento considerada com bom custo-benefício na entrega de resultados desejados.

No primeiro exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento supervisiona uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



No segundo exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento é auxiliado por um Analista do Comportamento Assistente; os dois supervisionam em conjunto uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



Esses modelos assumem o seguinte:

1. O BCBA ou BCBA-D é responsável por todos os aspectos da direção clínica, supervisão e gestão de caso, incluindo atividades do pessoal de apoio (por exemplo, um BCaBA) e Técnicos Comportamentais.
2. O BCBA ou BCBA-D precisam ter conhecimento das habilidades de cada membro da equipe de tratamento para efetivamente realizar as atividades clínicas antes de delegá-las.
3. O BCBA e o BCBA-D devem estar familiarizados com as necessidades e plano de tratamento do cliente e regularmente observar o Técnico Comportamental implementando o plano, independentemente se houver ou não apoio clínico fornecido por um BCaBA.

2 Raciocínio para um Modelo de Entrega de Serviços em Camadas

- Modelos de entrega de serviço em camadas que contam com o uso de Analistas do Comportamento Assistentes e Técnicos Comportamentais têm sido o principal mecanismo para alcançar muitas das melhorias significativas em domínios cognitivos, linguísticos, sociais, comportamentais e adaptativos que foram documentados na literatura revisada por pares.⁴
- O uso de Analistas Comportamentais Assistentes e de Técnicos Comportamentais cuidadosamente treinados e bem supervisionados é uma prática comum no tratamento ABA.^{5,6}
- Seu uso produz níveis de serviço com maior custo-benefício pela duração do tratamento.
- O uso de um modelo de prestação de serviços em camadas permite financiadores e gestores de saúde garantir redes de prestadores adequados e fornecer tratamento médico necessário.
- Além disso, isso permite que se proporcione especialidade suficiente para cada cliente em cada nível necessário para alcançar os objetivos do tratamento. Isso é crítico, já que o nível de supervisão requerido pode mudar rapidamente em resposta ao progresso ou necessidades do cliente.
- Modelos de prestação de serviços em camadas também podem ajudar na entrega de tratamento para famílias em áreas rurais e áreas carentes, bem como clientes e famílias com necessidades complexas.

3 Seleção, Treinamento e Supervisão de Técnicos Comportamentais

- Os Técnicos Comportamentais devem receber treinamento formal e específico antes de fornecer o tratamento. Uma maneira de garantir esse treinamento é através da credencial de *Registered Behavior Technician* (veja a página 30).
- A atribuição de caso deve corresponder às necessidades do cliente com o nível de habilidade e experiência do Técnico Comportamental. Antes de trabalhar com um cliente, o Técnico Comportamental precisa ser suficientemente preparado para aplicar os protocolos de tratamento. Isso inclui uma revisão feita pelo Analista do Comportamento do histórico do cliente, programas de tratamento atuais, protocolos de redução de comportamento, procedimentos de coleta de dados, etc.
- O número de casos atribuídos para os Técnicos Comportamentais são determinados por:
 - complexidade dos casos
 - experiência e habilidades do Técnico Comportamental
 - número de horas por semana em que o Técnico Comportamental está empregado
 - intensidade de horas de terapia que o cliente está recebendo
- A qualidade da implementação (verificações de integridade do tratamento) deve ser monitorada continuamente. Isso deve ser feito com maior frequência para novos funcionários, quando um novo cliente é admitido ou quando um cliente tem comportamentos problema ou protocolos de tratamento complexos estão envolvidos.
- Os Técnicos Comportamentais devem receber supervisão e direcionamento clínico sobre os protocolos de tratamento semanalmente para casos complexos ou mensalmente para casos mais rotineiros. Esta atividade pode ocorrer durante reuniões informativas com outros membros da equipe de tratamento, incluindo o Analista do Comportamento supervisor, ou individualmente e com ou sem a presença do cliente. A frequência e o formato devem ser ditados por uma análise das necessidades de tratamento do cliente para otimizar progresso.
- Embora as qualificações de contratação e o treinamento inicial sejam importantes, precisa haver observação contínua, treinamento e direcionamento para manter e melhorar as habilidades do Técnico Comportamental durante a implementação do tratamento baseado em ABA.

Critérios para a Credencial de *Registered Behavior Technician* (RBT)

Critérios de Elegibilidade

Os candidatos à credencial RBT devem:

- ter pelo menos 18 anos de idade
- possuir no mínimo um diploma de ensino médio ou equivalente nacional
- concluir com êxito uma verificação de registro de antecedentes criminais no momento da inscrição
- completar um programa de treinamento de 40 horas (conduzido por um profissional certificado pelo BACB) com base na lista de tarefas para RBT
- passar na *RBT Competency Assessment* administrada por um profissional certificado pelo BACB

Critérios de Prática Contínua

Os RBTs devem:

- receber supervisão contínua de um profissional certificado pelo BACB por um mínimo de 5% das horas usadas para a prestação de serviços ABA por mês (incluindo pelo menos dois contatos de supervisões presenciais síncronos)
- obedecer a um subconjunto do código de ética, *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*, do BACB identificados como relevantes para RBTs



SEÇÃO 6: SUPERVISÃO DE CASO

O tratamento ABA é frequentemente caracterizado pelo número de horas de tratamento direto por semana. No entanto, é também fundamental considerar os níveis requeridos de horas adicionais de supervisão de caso (também conhecida como direção clínica) pelo Analista do Comportamento. A supervisão de caso começa com a avaliação e continua até a alta do cliente. O tratamento ABA requer níveis comparativamente altos de supervisão de caso para garantir resultados eficazes por causa da (a) natureza individualizada do tratamento, (b) do uso de um modelo de prestação de serviços em camadas, (c) da dependência de coleta e análise de dados do cliente frequentes, e (d) da necessidade de ajustes no plano de tratamento.

Esta seção irá descrever as atividades de supervisão de caso que são individualizadas para o cliente e clinicamente necessárias para atingir os objetivos do tratamento. Atividades organizacionais de rotina (por exemplo, controle de horário de chegada e de saída, avaliações de funcionário, entre outros) que não estão envolvidos no tratamento clínico individualizado não estão incluídos aqui.

1 Atividades de Supervisão de Caso

As atividades de supervisão de caso podem ser descritas como aquelas que envolvem o contato com o cliente ou cuidadores (supervisão direta, também conhecida como direção clínica) e aquelas que não necessitam de um contato direto com o cliente ou cuidadores (supervisão indireta). Ambas atividades de supervisão de caso diretas e indiretas são críticas para produzir bons resultados de tratamento e devem ser incluídas nas autorizações de serviço. Deve-se notar que a supervisão direta do caso ocorre simultaneamente com a entrega de tratamento direto ao cliente. Em média, o tempo de supervisão direta é responsável por 50% ou mais da supervisão de caso.

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

A lista abaixo, embora não seja exaustiva, identifica algumas das atividades de supervisão de caso mais comuns:

OBSERVAR

MONITORAR

DIRECIONAR

ANALISAR

AVALIAR

COORDENAR

DESENVOLVER

REVISAR

Atividades de Supervisão Direta

- Observar diretamente a implementação do tratamento para possível revisão do programa
- Monitorar a integridade do tratamento para garantir implementação satisfatória dos protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente presente)

Atividades de Supervisão Indireta

- Desenvolver objetivos do tratamento, protocolos e sistemas de coleta de dados
- Resumir e analisar dados⁸
- Avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- Ajustar protocolos de tratamento com base nos dados
- Coordenar atendimento com outros profissionais
- Intervenção de crise
- Relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- Desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta
- Revisão do progresso do cliente com a equipe sem a presença do cliente para aprimorar protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente ausente)

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

Qualificações da Equipe que Presta Supervisão:

ANALISTA DO COMPORTAMENTO

Qualificações

- BCBA-D/BCBA ou licença profissional em áreas relacionadas
- competência em supervisão e desenvolvimento de programas de tratamento ABA para clientes com TEA⁷

Responsabilidades

- resumir e analisar dados
- avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- supervisionar a implementação do tratamento
- ajustar protocolos de tratamento com base em dados
- monitorar a integridade do tratamento
- treinar e consultar com cuidadores e outros profissionais
- avaliar o gerenciamento de riscos e de crises
- garantir a implementação satisfatória de protocolos de tratamento
- relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta

ANALISTA DO COMPORTAMENTO ASSISTENTE

Qualificações

- BCaBA (com preferência)

Responsabilidades

- várias tarefas de supervisão que são delegadas e supervisionadas pelo Analista do Comportamento

2 Modalidade

Algumas atividades de supervisão de caso ocorrem ao vivo; outras podem ocorrer remotamente (por exemplo, por meio de telemedicina ou tecnologias virtuais). No entanto, a telemedicina deve ser combinada com supervisão ao vivo. Além disso, algumas atividades de supervisão de casos são apropriadas para grupos pequenos. Algumas atividades de supervisão de caso indireta são mais eficazes fora do ambiente de tratamento.

3 Dosagem de Supervisão de Caso

Embora a quantidade de supervisão para cada caso deva responder às necessidades individuais do cliente, **duas horas para cada 10 horas de tratamento direto** é o padrão geral de atendimento. Quando o **tratamento direto é de 10 horas por semana ou menos, um mínimo de duas horas por semana** de supervisão de caso é geralmente requerido. Supervisão de caso pode precisar ser aumentada temporariamente para atender as necessidades individuais dos clientes em períodos de tempo específicos durante o tratamento (por exemplo, avaliação inicial, significativa mudança em resposta ao tratamento).

Esta proporção de horas de supervisão de caso para horas de tratamento direto reflete a complexidade dos sintomas do cliente com TEA e a tomada de decisão responsiva, individualizada e baseada em dados que caracteriza o tratamento ABA. Um número de fatores aumenta ou diminui as necessidades de supervisão de caso em curto ou longo prazo. Esses incluem:

- dosagem/intensidade do tratamento
- barreiras ao progresso
- questões de saúde e segurança do cliente (por exemplo, certos deficits de habilidades, comportamento problema perigoso)
- a sofisticação ou complexidade dos protocolos de tratamento
- dinâmica familiar ou ambiente comunitário
- falta de progresso ou aumento da taxa de progresso
- mudanças nos protocolos de tratamento
- transições com implicações para a continuidade de suporte





4 Quantidade de Casos

Os Analistas do Comportamento devem ter uma quantidade de casos que lhes permita fornecer supervisão de caso adequada para facilitar a entrega do tratamento eficaz e garantir a proteção do consumidor. A quantidade de casos para o Analista do Comportamento é normalmente determinada pelos seguintes fatores:

- complexidade e necessidades dos clientes no conjunto de casos
- horas totais de tratamento entregues aos clientes atribuídos ao Analista do Comportamento
- supervisão total do caso e direção clínica exigida pelos casos
- especialização e habilidades do Analista do Comportamento
- localização e modalidade de supervisão e tratamento (por exemplo, centro vs. casa, individual vs. grupo, telemedicina vs. ao vivo)
- disponibilidade da equipe de suporte para o Analista do Comportamento (por exemplo, um BCaBA)

A quantidade de casos recomendada para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Focado

› **Sem suporte de um BCaBA** é 10-15.*

› **Com suporte de um (1) BCaBA** é 16-24.*

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

A quantidade de casos recomendado para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Abrangente

› **Sem apoio de BCaBA** é 6-12.

› **Com o apoio de um (1) BCaBA** é 12-16.

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

* O tratamento Focado para o comportamento problema grave é complexo e requer níveis de supervisão de caso consideravelmente maiores, o que exigirá número de casos menores.



SEÇÃO 7: TRABALHANDO COM CUIDADORES E OUTROS PROFISSIONAIS

1 Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados

Os membros da família, incluindo irmãos e outros cuidadores comunitários devem ser incluídos em várias capacidades e em diferentes pontos durante os programas de tratamento ABA Focado e Abrangente. Além de fornecer informações históricas e contextuais importantes, os cuidadores devem receber treinamento e consultoria durante o tratamento, alta e acompanhamento.

A dinâmica de uma família e como eles são afetados pelo TEA devem ser refletidos em como o tratamento é implementado. Além disso, o progresso do cliente pode ser afetado pela dimensão do apoio dos cuidadores nos objetivos do tratamento fora do horário de tratamento. Sua capacidade de fazer isso será parcialmente determinada por quão bem os protocolos de tratamento estão de acordo com os valores, necessidades, prioridades e recursos da família.

A necessidade de envolvimento, treinamento e apoio da família reflete o seguinte:

- Os cuidadores frequentemente têm uma visão e perspectiva única sobre o funcionamento do cliente, informações sobre preferências e histórico comportamental.
- Os cuidadores podem ser responsáveis pela prestação de cuidados, supervisão e por lidar com comportamentos desafiadores durante todas as horas fora da escola ou um programa de tratamento dia. Uma considerável porcentagem de indivíduos com TEA apresentam padrões de sono atípicos. Portanto, alguns dos cuidadores podem ser responsáveis por garantir a segurança de seus filhos e/ou implementar procedimentos à noite e podem, eles próprios, estar em risco para problemas associados a privação de sono.
- Cuidar de um indivíduo com TEA apresenta muitos desafios para cuidadores e famílias. Estudos documentaram o fato de que pais de crianças e adultos com TEA apresentam níveis mais elevados de estresse do que os de pais com filhos com desenvolvimento típico ou mesmo pais de crianças com outros tipos de necessidades especiais.

Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados, cont.

- Os problemas comportamentais comumente encontrados em pessoas diagnosticadas com TEA (por exemplo, estereotípias, agressão, birra) são secundários aos déficits sociais e de linguagem associados ao TEA, muitas vezes apresentam desafios específicos para os cuidadores enquanto eles tentam manejar seus comportamentos problema. As estratégias parentais típicas são muitas vezes insuficientes para permitir que os cuidadores melhorem ou manejem o comportamento de sua criança, o que pode impedir o progresso da criança em direção a melhores níveis de funcionamento e independência.
- Note que, embora o treinamento da família apoie o plano geral de tratamento, este não é um substituto para o tratamento dirigido e implementado por um profissional.

2 Treinamento de Pais e Cuidadores

O treinamento faz parte dos modelos de tratamento ABA Focado e Abrangente. Embora o treinamento de pai e cuidador às vezes seja fornecido como um tratamento separado, há relativamente poucos clientes para os quais este seria recomendado como a única ou principal forma de tratamento. Isso se deve à gravidade e complexidade dos comportamentos problema e déficits de habilidade que podem acompanhar um diagnóstico de TEA.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA. É comum que os planos de tratamento incluam várias metas e objetivos mensuráveis para os pais e outros cuidadores. O treinamento enfatiza o desenvolvimento de habilidades e suporte para que os cuidadores se tornem competentes na implementação de protocolos de tratamento através de ambientes críticos. O treinamento geralmente envolve uma avaliação comportamental individualizada, uma formulação de caso e, em seguida, apresentações didáticas personalizadas, modelação e demonstrações da habilidade e prática com suporte ao vivo para cada habilidade específica. Atividades em andamento envolvem supervisão e coaching durante a implementação, resolução de problemas conforme surgem e suporte para implementação de estratégias em novos ambientes para garantir ganhos otimizados e promover generalização e manutenção das modificações terapêuticas. Por favor note que tal treinamento não é realizado simplesmente tendo o cuidador ou responsável legal presente durante o tratamento implementado por um Técnico Comportamental.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA.

A seguir estão as áreas comuns para as quais os cuidadores costumam procurar ajuda. Estes são tipicamente tratados em conjunto com um programa de tratamento ABA Focado ou Abrangente.

Treinamento de Pais e Cuidadores, cont.

- Generalização de habilidades adquiridas em ambientes de tratamento para ambientes domésticos e comunitários
- Tratamento de distúrbios de comportamento concomitantes que colocam em risco a saúde e a segurança da criança ou de outras pessoas em ambientes domésticos ou comunitários, incluindo redução de comportamentos auto lesivos ou agressivos contra irmãos, cuidadores ou outros; estabelecimento de comportamentos de substituição que são mais eficazes, adaptáveis e apropriados
- Treinamento de habilidades adaptativas como comunicação funcional, participação em rotinas que ajudam a manter uma boa saúde (por exemplo, participação em exames dentários e médicos, alimentação, sono) incluindo lugares alvos onde é fundamental que estes ocorram
- Gestão de contingências para reduzir comportamentos estereotipados, ritualísticos ou perseverantes e comportamentos funcionais de substituição conforme descrito anteriormente
- Relacionamentos com membros da família, como o desenvolvimento de brincadeiras apropriadas com irmãos

3 Coordenação com Outros Profissionais

A consultoria com outros profissionais ajuda a garantir o progresso do cliente por meio da coordenação de tratamento e garante a consistência, incluindo durante os períodos de transição e alta.

Os objetivos do tratamento são mais prováveis de serem alcançados quando há uma compreensão e coordenação compartilhada entre todos os provedores e profissionais de saúde. Os exemplos incluem a colaboração entre o médico e o Analista do Comportamento para determinar os efeitos da medicação nos alvos do tratamento. Outro exemplo envolve uma abordagem consistente entre profissionais de diferentes disciplinas em como os comportamentos são gerenciados em ambientes e contextos. A colaboração profissional que leva à consistência produzirá os melhores resultados para o cliente e suas famílias.

As diferenças nas orientações teóricas ou estilos profissionais às vezes podem dificultar a coordenação. Se houver protocolos de tratamento que diluem a eficácia do tratamento ABA, essas diferenças devem ser resolvidas para a entrega de benefícios previstos ao cliente.

Os códigos de ética do BACB (as atuais *Guidelines for Responsible Conduct for Behavior Analysts* e o iminente *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*) exige que o Analista do Comportamento recomende o tratamento **mais** eficaz cientificamente comprovado para cada cliente. O Analista do Comportamento também precisa revisar e avaliar os efeitos prováveis de tratamentos alternativos, incluindo aqueles fornecidos por outras disciplinas, bem como nenhum tratamento.

Coordenação com Outros Profissionais, cont.

Além disso, os Analistas do Comportamento devem encaminhar clientes a profissionais de outras disciplinas quando clientes tiverem condições que estão além do treinamento e competência do Analista do Comportamento, ou quando a coordenação do tratamento com esses profissionais for apropriado. Os exemplos incluem, mas não estão limitados a, uma suspeita de uma condição médica ou preocupações psicológicas relacionadas a ansiedade ou transtorno de humor.





SEÇÃO 8: **ALTA, PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DE SUPORTE**

Os resultados desejados para alta devem ser especificados no início dos serviços e refinados ao longo do processo de tratamento. O planejamento de transição e de alta de um programa de tratamento deve incluir um plano por escrito que especifica detalhes de monitoramento e acompanhamento conforme apropriado para o indivíduo e a família. Pais, cuidadores comunitários e outros profissionais envolvidos devem ser consultados conforme o processo de planejamento acelera, com três a seis meses antes da primeira mudança no serviço.

Uma descrição das funções e responsabilidades de todos os provedores e datas efetivas para objetivos comportamentais que precisam ser alcançados antes da próxima fase deve ser especificado e coordenado com todos os fornecedores, o cliente e membros da família.

O planejamento de alta e transição de todos os programas de tratamento geralmente deve envolver uma redução gradual dos serviços. A alta de um programa de tratamento ABA Abrangente geralmente requer seis meses ou mais. Por exemplo, um cliente em um programa de tratamento Abrangente pode mudar para um modelo de tratamento Focado para abordar alguns objetivos restantes antes da transição para o término do tratamento.

Alta

Os serviços devem ser revisados e avaliados e o planejamento de alta deve ter iniciado quando:

- o cliente atingiu os objetivos do tratamento OU
- o cliente não atende mais aos critérios de diagnóstico para TEA (conforme medido por adequados protocolos padronizados) OU
- o cliente não demonstra progresso em relação aos objetivos para períodos de autorização sucessivos OU
- a família está interessada em interromper os serviços OU
- a família e o provedor são incapazes de conciliar questões importantes no planejamento e entrega do tratamento

Quando houver perguntas sobre a adequação ou eficácia dos serviços em um caso individual, inclusive quanto ao apelo a qualquer recurso interno ou externo relacionado a benefícios de seguro de saúde, a equipe de revisão deve incluir um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.



APÊNDICE A: **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CERTIFICAÇÃO DO BACB**

Critérios de Elegibilidade para o BCBA

A. Critério de Formação Acadêmica (em vigor em 2016)

Possuir no mínimo um mestrado de uma universidade acreditada que foi (a) conferido em análise do comportamento, educação ou psicologia, ou (b) conferido em um programa em que o candidato completou uma sequência de curso aprovada pelo BACB.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato precisa completar 270 horas em sala de aula com instrução em nível de pós-graduação nas seguintes áreas de conteúdo e pelo número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 45 horas

- O conteúdo deve ser ensinado em um ou mais cursos autônomos dedicados à ética e conduta profissional.

b. Conceitos e Princípios de Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 25 horas
- Delineamento Experimental - 20 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais da Mudança de Comportamento & Procedimentos de Mudança de Comportamento Específicos - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 10 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 10 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 10 horas

e. Discricionário - 30 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência



Existem dois caminhos adicionais para a credencial BCBA para professores universitários e seniors a nível de doutorado. Detalhes sobre essas vias estão disponíveis em www.bacb.com.

Critérios de Elegibilidade para BCBA-D

O BCBA-D é uma designação que reconhece o BCBA a nível de doutorado que:

1. é ativamente certificado como BCBA E
2. obteve o título de doutor em um programa de pós-graduação acreditado pela Association for Behavior Analysis International OU
3. obteve um doutorado de uma universidade acreditada na qual conduziu uma tese analítico-comportamental (incluindo pelo menos um experimento); E passou em pelo menos dois cursos em análises do comportamento como parte do programa de doutorado; E atendeu a todos os requisitos de curso do BCBA antes de receber o grau de doutorado

Critérios de Elegibilidade para BCaBA

A. Critério de Formação Acadêmica

Possuir no mínimo um diploma de graduação de uma universidade acreditada.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato deve completar 180 horas de aula de instrução nas seguintes áreas de conteúdo e para o número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 15 horas

b. Conceitos e Princípios da Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*.

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 10 horas
- Delineamento Experimental - 5 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais de Mudança do Comportamento & Procedimentos Específicos de Mudança de Comportamento - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações Sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 5 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 5 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 5 horas

e. Discricionário - 15 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência:



APÊNDICE B: BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, S145-S155.

Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 158-178.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification, 26*, 46-68.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*, 381-405.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 439-450.

Foxx, R. M. (2008). Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*, 821-834.

Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification, 26*, 69-102.

Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 147-185.

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 26*, 359-383.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3-9.

Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclawskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 433-465.

McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 359-372.

Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*, 417-438.

Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review, 30*, 387-399.

Wong, C., Odom, S. L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S. et al. (2013). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group.

APÊNDICE C: NOTAS DE RODAPÉ

- 1 Ao longo deste documento, o termo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é usado para se referir a um grupo de distúrbios neurológicos complexos que às vezes são chamados de Transtorno Autista, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamento, entre outros.
- 2 Sistemas ICD e DSM para Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista.
- 3 ABA Focado e Abrangente existem em um contínuo que reflete o número de comportamentos alvo e horas de tratamento direto e supervisão.
- 4 Esta equipe é competente para administrar protocolos de tratamento e muitas vezes são referidos por uma variedade de termos, incluindo terapeuta ABA, terapeuta sênior, tutor paraprofissional ou equipe de linha frente.
- 5 O treinamento e as responsabilidades dos Técnicos Comportamentais que implementam os protocolos de tratamento são distintamente diferentes daqueles de trabalhadores que desempenham funções de cuidador.
- 6 Quando possível, vários Técnicos Comportamentais são frequentemente atribuídos para cada caso para promover benefícios de um tratamento generalizado e sustentado para o cliente. Isso também ajuda a evitar um lapso nas horas de tratamento devido a doenças da equipe, disponibilidade de agendamento e rotatividade de pessoal, etc. Programas de tratamento intensivo e abrangente podem ter de quatro a cinco Técnicos Comportamentais designados para um único caso. Cada Técnico Comportamental também pode trabalhar com vários clientes durante a semana.
- 7 Dada a intensidade do programa, é necessária uma revisão frequente dos dados e do plano de tratamento. O Analista do Comportamento deve geralmente revisar os dados de observação direta pelo menos semanalmente.
- 8 Consulte também as diretrizes do consumidor para identificar Analistas do Comportamento com competência no tratamento do TEA pelo [Autism Special Interest Group da Association for Behavior Analysis International](#).

Desenvolvimento das Diretrizes

O Conselho de Diretores do BACB autorizou o desenvolvimento de diretrizes práticas para o tratamento ABA para o TEA no início de 2012. Os procedimentos a seguir foram seguidos para desenvolver as versões inicial e revisada das diretrizes.

Versão 1.0: Um coordenador foi nomeado quem então criou um comitê de supervisão de cinco pessoas que delineou o processo geral de desenvolvimento e o esboço do conteúdo. O comitê de supervisão então solicitou líderes da área de conteúdo adicionais e escritores de um grupo nacional de especialistas que incluiu pesquisadores e profissionais para produzir um primeiro rascunho das diretrizes. O coordenador, o comitê de supervisão e a equipe do BACB então gerou um segundo rascunho que foi revisado por dezenas de revisores adicionais, que além de ser composta por especialistas em ABA, também incluiu consumidores e especialistas em políticas públicas. Esse segundo rascunho também foi enviado a todos os diretores do BACB para contribuições adicionais. O coordenador do projeto e a equipe do BACB então usou esse feedback para produzir o documento final, que foi aprovado pelo Conselho de Diretores do BACB. Os profissionais que atuaram como coordenadores, membros do comitê de supervisão, líderes da área de conteúdo, redatores de conteúdo e revisores eram todos especialistas em ABA conforme evidenciado pelos registros de publicação, experiência substancial no fornecimento de serviços ABA e posições de liderança dentro da disciplina.

Versão 2.0: Versão 2.0: O coordenador do projeto original e a liderança do BACB identificaram uma equipe de nível de Analistas do Comportamento doutores, todos os quais eram especialistas no tratamento ABA para o TEA. A equipe revisou cuidadosamente as diretrizes iniciais e, usando um processo de consenso, propuseram revisões e acréscimos ao documento para aumentar a clareza e complementar as orientações existentes. A equipe do BACB então gerou um rascunho revisado que foi enviado ao coordenador do projeto, membros da equipe de revisão e especialistas em políticas públicas para feedback adicional, após isso as diretrizes foram finalizadas.



The Council of Autism Service Providers

401 Edgewater Place,
Suite 600
Wakefield, MA 01880

info@casproviders.org

CASP
**The Council of Autism
Service Providers**

casproviders.org

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

PROJETO DE LEI Nº 710/2023

AUTORES:

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO, DEPUTADO PROFESSOR LEMOS, DEPUTADO ANIBELLI NETO, DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO, DEPUTADO GILSON DE SOUZA, DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN, DEPUTADO NEY LEPREVOST, DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI, DEPUTADO NELSON JUSTUS, DEPUTADO ADEMAR TRAIANO, DEPUTADO TERCÍLIO TURINI, DEPUTADO MARCIO PACHECO, DEPUTADO TIAGO AMARAL, DEPUTADO REQUIÃO FILHO, DEPUTADA MARIA VICTORIA E OUTROS

EMENTA:

"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO CÓDIGO ESTADUAL DA POLITICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO NA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO ESTADO DO PARANÁ"

INSTITUI O CÓDIGO ESTADUAL DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Institui o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA.

Art.1º Fica criada POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO do Governo do Estado do Paraná, para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da pessoa no TEA-Transtorno do Espectro do Autismo e aos seus cuidadores, tutores.

Art.2º Essa POLÍTICA DE ATENÇÃO AO AUTISMO instituirá a política Estadual com base na ciência e nas práticas com a melhor evidência de sua eficácia para os tratamentos e intervenções para o autismo, para integração da pessoa no espectro, que disporá sobre o pleno exercício de seus direitos básicos quanto à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição Federal, da LEI Estadual 19584/2018 e das leis infraconstitucionais, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

§ 1º A pessoa no TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência, respeitando não só a deficiência, raça gênero, cor e etnia, mas as diferenças, a diversidade humana.

§ 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se pessoa no espectro aquelas descritas no DSM 5 TR (em Harmonização com a CID-11), além das descritas nas Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, Lei 13.146 de julho de 2015 e na OMS- Organização Mundial de Saúde, que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

§ 3º O TEA- transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (DSM-5-TR/2022)

I-Característica A- Déficit persistente na comunicação, seja ela verbal ou não e na interação social.

CARACTERÍSTICA-A- possui 3 especificidades:

1ª-Déficit na reciprocidade socioemocional. É preciso obrigatoriamente apresentar 3 especificidades das características A, pra estar no espectro.

-O indivíduo tem dificuldade de entender as emoções ligadas a aquele contexto: - EX:

-Dificuldade na atenção compartilhada;

-Compartilhar interesses com os outros.

2º- Prejuízo na linguagem verbal ou não verbal ou nas interações entre essas formas de comunicação;

-O indivíduo pode falar, verbalizar, mas continua tendo problemas de comunicação, não consegue se expressar porque não consegue entender os sinais da comunicação, como expressões faciais, gestos, a tonalidade da voz do outro, ele compreende, mas não consegue se expressar. O prejuízo pode ser em um desses aspectos, ou em todos.

3º Iniciar e manter relações, podem ser, de trabalho amizade ou amorosa.

- É muito difícil para as pessoas com autismo iniciar relações e manter essas relações;

- No caso do autismo moderado a Severo fico mais evidente as dificuldades.

II- Característica B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

CARACTERÍSTICA B- Possui 4 especificidades: Para o diagnóstico do autismo ser confirmado precisa ter duas dessas especificidades do critério B.

1ª Estereotipias: são comportamentos repetitivos aparentemente disfuncionais, no autismo você não consegue ver essa função, só o indivíduo sabe a função do comportamento estereotipado;

- Existem também as estereotipias vocais as ecolalias, o indivíduo repete as coisas que ouviu

2ª Resistência na quebra de rotina e padrões inflexíveis rituais para fazer as coisas;

- O indivíduo se desregula com a mudança de sua rotina as coisas têm que ser sempre da mesma forma,

-A questão da previsibilidade.

3ª Adesão inflexível a novos temas objetos ou outras coisas:

-Nos casos do autismo moderado a Severo eles se apegam mais a objetos;

- Já nos casos mais leves eles se aтем a temas,

-Tem casos que podem apresentar os dois e em vários casos o foco é considerado anormal, podendo a dimensão trazer prejuízos para o indivíduo, como nas habilidades sociais porque só fala de um tema interesse restrito específico e atrapalha até a socialização, mas em alguns casos esse hiperfoco pode auxiliar; - são as habilidades que podem ajudar inclusive no trabalho. (HIPRFOCO PE TEMA PRA UMA PALESTRA INTEIRA)

4ª As alterações sensoriais do ambiente, a hipo e hiper sensibilidade:

- São Alterações complexas e significativas é uma série de operações sensoriais muitas vezes todos os sentidos alterados para mais ou para menos.

§ 1º Para efeitos desta Lei, será considerada pessoa com TEA aquela com prejuízo na comunicação e nas relações sociais, conforme critérios clínicos definidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID e na Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º A pessoa com TEA é a pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Art. 2º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado.

Parágrafo único. O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente.

Art. 3º O Laudo Médico Pericial que ateste o TEA tem prazo de validade indeterminado por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento.

§ 1º O laudo de que trata o *caput* deste artigo deve observar os requisitos estabelecidos na legislação pertinente:- art 2º da LBI 13.146/15:modelo de avaliação "BIOPSIKOSOCIAL"

§ 2º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência) (Vide Decreto nº 11.063, de 2022).

Art. 3º As pessoas com TEA têm direito à Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – Ciptea, documento válido de identificação civil nos termos da Lei Federal nº 12.764, 27 de dezembro de 2012, com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Complemento:

Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

§ 1º O Estado deve expedir a carteira de identificação da pessoa com TEA, mediante requerimento, acompanhado do laudo médico de que trata o art. 2º desta Lei, com indicação do CID, e deve conter, no mínimo, as seguintes informações:



I - nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF, tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado;

II - fotografia no formato três por quatro centímetros e assinatura ou impressão digital do identificado;

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador;

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

§ 2º Nos casos em que a pessoa com TEA seja imigrante detentor de visto temporário ou de autorização de residência, residente fronteiriço ou solicitante de refúgio, deve ser apresentada a Cédula de Identidade de Estrangeiro – CIE, a Carteira de Registro Nacional Migratório – CRNM ou o Documento Provisório de Registro Nacional Migratório – DPRNM, com validade em todo o território nacional.

§ 3º A Ciptea terá validade de cinco anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado e deve ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com TEA em todo o território nacional.

Art. 4º Institui a Carteira Azul, que se trata de um porta-documentos do condutor de veículos automotores com TEA.

Parágrafo único. A Carteira Azul objetiva facilitar a comunicação entre o condutor com TEA e os agentes de segurança que o abordarem.

Art. 5º A Carteira Azul, de que trata o art. 4º desta Lei, deve conter:

I - a Carteira Nacional de Habilitação – CNH e demais documentos pessoais do condutor com TEA;

II - o contato de um familiar ou de outra pessoa capaz que possa ser responsável pela pessoa com TEA em situação de emergência;

III - as orientações para a pessoa com TEA e para os agentes de segurança.

§ 1º São orientações ao condutor com TEA que devem constar na Carteira Azul:

I - manter as mãos ao volante até que seja instruído a agir de outra forma, ainda que o agente de segurança não esteja próximo ao veículo;

II - manifestar ao agente de segurança que possui a Carteira Azul e, sendo solicitado, apresentá-la; III - responder aos questionamentos do agente de segurança, evitando realizar movimentos bruscos; IV - orientação quanto à utilização de lanterna direcionada para o interior do veículo e de rádio de comunicação pelo



agente de segurança;

V - orientação quanto às luzes e sirene da viatura;

VI- aguardar que o agente de segurança manifeste o fim da abordagem, atendendo suas instruções para seguir. § 2º São orientações aos agentes de segurança que devem constar na Carteira Azul:

I - o condutor pode apresentar movimentos corporais repetitivos, inquietação e contato visual incomum; II - o condutor pode apresentar sinais de alta ansiedade, especialmente devido à exposição à luz forte e som alto;

III - caso haja reação desproporcional por parte do condutor, entrar em contato com o familiar ou outra pessoa indicada como responsável na Carteira Azul;

IV - conceder ao condutor um tempo maior para formulação da resposta;

V - fazer uso de linguagem simples e objetiva;

VI - manifestar de forma clara o fim da abordagem, com a devida instrução de como o condutor deve seguir.

OBS: substituir pela legislação de trânsito para os indivíduos com TEA

Art. 6º A Carteira Azul deve ser disponibilizada em toda a estrutura do Departamento de Trânsito do Estado – Detran PR, compreendendo as Circunscrições Regionais de Trânsito – CIRETRANS e os Centros de Formação de Condutores – CFC's.

Art. 7º Cada pessoa com TEA pode ter mais de uma Carteira Azul.

Art. 8º As carteiras de vacinação em formato impresso ou digital, do sistema de saúde do Estado do Paraná, devem conter esclarecimentos e informações sobre o TEA.

Parágrafo único. As informações de que trata o *caput* deste artigo devem ser as descritas no § 1º do art. 1º desta Lei, ou outras especificadas pelos órgãos públicos competentes.

TÍTULO II

DAS DIRETRIZES

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA ESTADUAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA

DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla

ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 5º A lei deverá assegurar o diagnóstico e intervenção precoce para todos os tipos de autismo.

Parágrafo único. O diagnóstico e a intervenção precoce respeitando a plasticidade cerebral, na tenra idade, asseguram ao indivíduo no espectro uma qualidade de vida significativa



Art. 9º A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve se pautar pelas diretrizes deste Código e observar as disposições da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Art. 10. Constituem-se diretrizes para a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA:

I - intersetorialidade para a formulação e desenvolvimento de ações, políticas públicas e atendimento à pessoa com TEA;

II - participação da comunidade;

III - atenção às necessidades de saúde e de educação da pessoa com TEA, por meio de política de atendimento integrado e de apoio aos familiares;

IV - responsabilidade do Poder Público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

V - capacitação permanente dos agentes públicos das áreas da saúde, educação e assistência social, direta ou indiretamente envolvidos na implementação e execução da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA;

VI - sensibilização da sociedade quanto à inclusão da pessoa com TEA e da sua família;

VII - horizontalização do atendimento multiprofissional integrado à pessoa com TEA e da sua família.

Art. 11. A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada.

CAPÍTULO II

INTERSETORIALIDADE

Art. 4º A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento das ações e das políticas no atendimento à pessoa no TEA, aplicáveis através de convênios celebrados entre a Secretaria Estadual de Saúde - Sesa, a Secretaria Estadual da Educação - Seed e a Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Seti e, sempre que possível, procurando envolver as Secretarias Municipais de Saúde, as Secretarias Municipais de Educação, as Universidades Federais e Estaduais, públicas e privadas e outras instituições como fundações e associações. (NR).

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas trans multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

I- A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas, promovendo e com foco em reduzir as barreiras atitudinais da acessibilidade.

II- A capacitação dos agentes públicos direta ou transversalmente envolvidos na implementação e execução da Política Estadual do Autismo, vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, constitui diretriz essencial e permanente da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, devendo ocorrer de forma articulada e continuada e com profissionais qualificados da área do TEA.

Art. 12. A intersetorialidade deve pautar o desenvolvimento de ações e de políticas para atendimento das pessoas com TEA, aplicáveis por meio de convênios, que podem ser celebrados entre as Secretarias de Estado, bem como convênios celebrados com Secretarias Municipais e acordos celebrados com instituições privadas.

§ 1º Para cumprimento do que estabelece o *caput* deste artigo, podem ser criados programas multidisciplinares que tenham por objeto a informação, a capacitação, a realização de treinamentos e a atualização em TEA de profissionais



e estudantes das áreas da saúde, educação e assistência social, bem como de orientação e apoio aos pais, responsáveis e cuidadores de pessoas com TEA.

§ 2º O Estado pode disponibilizar recursos de tecnologia assistiva para o cumprimento do disposto neste artigo.

Art. 13. O Estado poderá desenvolver e manter programas de apoio comunitário que propiciem às pessoas com TEA oportunidades de integração social, acesso à cultura, ao desporto e ao lazer e inserção no mundo do trabalho.

CAPÍTULO III

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Art. 14. O Estado pode promover, em conjunto com a comunidade, campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA, buscando:

I - o auxílio na formulação de políticas públicas para as pessoas com TEA;

II - o controle social da implantação das políticas públicas para as pessoas com TEA, com acompanhamento e avaliação por meio da criação de comitês estaduais e municipais, compostos por representantes de:

- a) associações de pais;
- b) sociedades de pediatria, de neurologia e de neurologia pediátrica;
- c) sociedades de psicologia;
- d) universidades;
- e) gestores públicos estaduais e municipais;

III - a inserção da pessoa com TEA no mercado de trabalho, observando-se as peculiaridades da deficiência e o que prevê a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente;

IV - o treinamento e envolvimento de pais, responsáveis, cuidadores e profissionais das áreas de saúde e de educação, a fim de garantir uma melhor eficiência ao cuidado, bem como melhor escolha na definição e controle das ações e serviços de saúde;

V - a promoção de programas e ações voltados ao diagnóstico precoce do TEA, de modo a permitir atenção integral às necessidades de saúde, educação e conforto da pessoa diagnosticada.

Parágrafo único. As campanhas educativas e de conscientização sobre o TEA podem ser divulgadas por meio dos canais de comunicação do Estado, bem como pelos canais de comunicação dos demais órgãos públicos e privados



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

envolvidos.

-CRIAR UM CONSELHO ESTADUAL DE PAIS, CUIDADORES DA PESSOA NO ESPECTRO

CAPÍTULO IV

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO DA PESSOA COM TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Seção I

Diretrizes para o atendimento integrado da pessoa com TEA

EDUCAÇÃO

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o

processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou privada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno

acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescidas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvidas e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir

comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreio e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada

gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado

no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V - Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvi mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas,

sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvimentos mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que

possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professores da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades

de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvi mentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação,

videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 15. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

I - um Comitê de Gestão;

II - um Grupo Técnico;

III - Centros Macrorregionais de Referência em TEA – CMR em TEA;

IV - Centros Regionais de Referência em TEA – CRR em TEA.

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, devem ser periodicamente efetuados pelos gestores municipais, estaduais, pelo Grupo Técnico e pelo Comitê, conforme critérios previamente estabelecidos pelo Grupo Técnico.

Art. 16. O CMR em TEA será de âmbito macrorregional e tem como objetivo principal a organização e o fortalecimento das redes municipais de saúde, de educação e de assistência social no atendimento às pessoas com TEA e de suas famílias, por meio de Equipes Matriciadoras.

Parágrafo único. Cada macrorregião de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CMR em TEA.

Art. 17. O CRR em TEA será de referência regional e tem como objetivo principal o atendimento dos casos severos, graves e refratários da região de saúde respectiva, definidos por meio de protocolo previamente estabelecido, além de apoiar o trabalho do CMR em TEA.

Parágrafo único. Cada região de saúde do Estado deve contar com no mínimo um CRR em TEA.



Art. 18. As normas para a habilitação, o funcionamento e a avaliação dos Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais, serão estabelecidas em normativa específica do órgão regulador e responsável.

§ 1º As ações dos CMR e dos CRR em TEA podem ser executadas, prioritariamente, por órgãos e entidades públicas, ou, de forma complementar, por instituições privadas com expertise no atendimento às pessoas com TEA e suas famílias.

§ 2º O CMR e o CRR em TEA serão regidos pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Nacional de Educação.

§ 3º O CMR e o CRR em TEA devem ser implementados de acordo com os critérios técnicos estabelecidos em normativa específica, a ser publicada pelo órgão responsável.

§ 4º O atendimento das pessoas com autismo e de suas famílias residentes no município-sede do CMR ou do CRR em TEA é de responsabilidade do próprio centro.

§ 5º O CMR e o CRR em TEA devem ser identificados, com a caracterização visual previamente definida pelo Grupo Técnico.

Art. 19. Os CMR e CRR em TEA podem adotar dentre as terapias propostas para o tratamento do TEA os métodos de Análise de Comportamento Aplicado – ABA, Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit Relacionados à Comunicação – TEACCH e Sistema de Comunicação por Troca de Imagens – PECS.

Parágrafo único. O tratamento nos CMR e CRR em TEA contará, preferencialmente, com terapias que envolvam a fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia e equoterapia.

Art. 20. A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve ser voltada ao atendimento integrado da pessoa com TEA, por equipes multidisciplinares, exemplificadamente composta por profissionais das seguintes áreas:

Saúde:

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no “TEA” e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do

Transtorno do Espetro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II- Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV- Psiquiatra;

V- T. O;

VI- Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que

deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho.

I - medicina;

II - fonoaudiologia;

III - fisioterapia;

IV - terapia ocupacional;

V - psicologia;

VI - pedagogia;

VII - musicoterapia;



VIII - equoterapia;

IX - psicoterapia.

Parágrafo único. A psicoterapia para tratamento das pessoas com TEA tem como

objetivo: I - estimular os comportamentos sociais, como contato visual e comunicação funcional;

II - incentivar os comportamentos acadêmicos, como a leitura, a escrita e o aprendizado da matemática; III - reforçar as atividades da vida diária, como higiene pessoal;

IV - reduzir os comportamentos problemáticos, como agressões, estereotípias, autolesões, agressões verbais e fugas.

Seção II

Diretrizes para a Educação

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

I - Garantir o acesso, a permanência, a participação, a aprendizagem e a matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de matrícula na rede de ensino, pública ou privada, nos

termos do artigo 9º, VII e sob as penalidades no artigo 98º da Lei 13.146/2015 e artigo 8º, da Lei 7.853/1989;

II - Efetuar a mobilização de insumos financeiros, de pessoas e de recursos de acessibilidade, incluindo o acompanhante especializado, e de todos os demais instrumentos necessários à efetivação desta lei de diretrizes;

III - Garantir a participação dos estudantes no espectro e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar, nos termos do artigo 28, VIII, da Lei 13.146/2015;

IV - Promover a adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes no espectro, em especial com o planejamento de estudo de caso através da elaboração e implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

V - Formar continuamente professores e demais profissionais da educação implementação de um Plano Educacional Individualizado - PEI;

VI - Formar continuamente com as melhores práticas com evidência da sua eficácia, professores e demais profissionais da educação necessários para o adequado atendimento educacional especializado, com adoção de práticas pedagógicas inclusivas e apoio a pesquisas e a promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva.

Parágrafo único: os recursos financeiros de que trata o artigo 10º, Incisos I a V, além dos demais custeios previstos nesta legislação serão oriundos dos recursos referentes a manutenção e desenvolvimento da educação, como fundos, receitas tributárias próprias, repasses e convênios de acordo com a legislações vigentes, não impondo esta legislação gastos suplementares, mas um direcionamento dos gastos já realizados.

Art. 11º. O Projeto Político Pedagógico das escolas que compõem a rede estadual, pública ou provada de ensino deverão institucionalizar e organizar o Atendimento Educacional Especializado - AEE e a elaboração e implementação do Plano Educacional Individualizado - PEI, nos quais se deve prever todos os serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes no espectro de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de equidade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia.

Art. 12º. O Plano Educacional Individualizado - PEI a que se refere o artigo anterior

é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados por toda a comunidade escolar para a aprendizagem do estudante. Este documento deve conter:

I - A identificação do estudante;

II - A avaliação funcional do estudante;

III - Objetivos de Longo, Médio e Curto Prazo;

IV - Programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;

V - Folhas de registros de todos os programas de ensino;

VI - Protocolo de Conduta do estudante;

VII - Diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;

VIII - Recursos de acessibilidade ao currículo;

Art. 13º. A elaboração do Plano Educacional Individualizado deve ter três fontes:

I - Entrevista com os pais ou responsáveis;

II - Entrevista com o próprio estudante, quando este tiver a habilidade de descrever vocalmente ou por meio de Comunicação Alternativa seus interesses;

III - Avaliação com protocolo cientificamente validado, ex: usar protocolo Vb-mapp;

Parágrafo único: a estas fontes poderão ser acrescentadas outras como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 14º. A avaliação completa do estudante, através de protocolo de avaliação, deve ser realizada anualmente e o protocolo de avaliação selecionado deve ser cientificamente validado contendo no mínimo, os domínios das Habilidades de Aprendiz, Habilidades Desenvolvi mentais e Habilidades Acadêmicas, assim descritas:

I - Habilidades de Aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade;

II - Habilidades Desenvolvi mentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de

planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, Habilidades Sociais, entre outros, previstas nos Marcos do Desenvolvimento Humano;

III - Habilidades Acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritos no currículo do sistema de ensino;

Parágrafo único: uma avaliação também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, cobrindo todos os três domínios descritos.

Art. 15º. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, deverão ser escritos os objetivos do ensino, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I – Devem ser mensuráveis, isto é, quais os critérios de desempenho devem alcançar.

II – Devem ser operacionais, isto é, descritos de modo a poderem ser observados da mesma forma por mais de um observador/avaliador;

III – Devem descrever os contextos em que as habilidades devem ser atingidas, acentuando as situações naturais de sua emissão;

IV – Devem ser viáveis, isto é, baseados na avaliação individual do sujeito e não em um ideal ou padrão coletivo;

Art. 16º. A partir da elaboração dos objetivos a serem perseguidos, deverão ser escritos os programas de ensino para os objetivos de curto prazo estabelecidos acima, que devem respeitar às diretrizes que seguem:

I - A habilidade-alvo planejada, com o objetivo mínimo aceitável como critério de aprendizagem;

II - Todos os passos do procedimento de ensino desta habilidade-alvo;

III - Em que frequência e temporalidade o programa de ensino será implementado;

IV - O sistema de ajuda para a emissão da habilidade-alvo e a forma de retirada gradual da ajuda até o alcance da autonomia.

V - Os alvos do ensino de uma certa habilidade, como quais os movimentos em um ensino de imitação ou quais as figuras em um ensino de identificação;

VI - As folhas de registro que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, em que se descreva quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade;

Art. 17º. O Protocolo de Conduta do estudante deve ser um documento que deve ter posse todos os agentes escolares que lidam com o estudante e deve conter as seguintes informações:

I - Interesses e objetos que o estudante gosta ou não;

II- Elementos que podem ser gatilhos para episódios de agressividade ou crise sensorial;

III- Como lidar com comportamentos desafiadores, incluindo Procedimentos Emergenciais de Intervenção Física, quando houver necessidade;

IV - Como o estudante se comunica;

V - Informações nutricionais e de saúde relevantes, como alergias, intolerâncias, eventuais medicações e contato de equipe terapêutica;

VI - Outras observações que se fizerem necessárias;

Art. 18. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar a/o Professora/o Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade e/ou avaliações deve ser justificada com dados extraídos da avaliação prevista no artigo 14º;

Art. 19. O PEI não pode ser posto em execução sem a anuência dos pais ou responsáveis e, sempre que a pessoa no espectro for capaz de compreender e emitir sua opinião sobre o tema, também dela própria, e o processo de implementação deve seguir o seguinte rito:

I - O PEI deve ser elaborado em, no máximo, 30 dias a partir do início das aulas com o estudante no início de sua escolarização em uma unidade escolar;

II - Quando o estudante já for matriculado em uma escola, o PEI deve ser elaborado no fim do ano anterior, após o período de provas ou antes do começo das aulas;

III - Quando terminado, o PEI deve ser apresentado em reunião formal aos pais/responsáveis, à equipe multidisciplinar e a pessoa no espectro, caso seja possível a participação desta;

IV - Caso haja concordância, os pais ou responsáveis e, sempre que possível também a pessoa com no espectro, devem assinar o documento, para que ele possa entrar em vigor;

V – Deve ser ofertado pela equipe escolar que, caso queiram, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem levar consigo a íntegra do PEI para estudarem e consultarem pessoas de sua confiança e a equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa no espectro, devendo ser agendada nova reunião entre 7 e 15 dias após para novas tratativas;

VI - Na nova reunião, os pais, responsáveis e a pessoa no espectro podem apresentar assentimento ao documento ou pedidos de mudança do planejamento;

VII - Caso a equipe técnica aceite as mudanças sugeridas, elas serão realizadas e todos os envolvidos assinarão a anuência ao PEI modificado;

VIII - Caso não haja consenso em torno do PEI, devem ser convocados outros serviços de apoio como Ministério Público e/ou Conselho Tutelar para mediar o conflito, com possibilidade de solicitar nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou equipe externa;

IX - Quando o PEI entrar em vigor, os pais ou responsáveis devem receber uma cópia formal do documento, de maneira física ou digital;

X - Todas as mudanças realizadas em todos os programas de ensino decorrentes de mudanças de estratégia e avanços devem ser comunicadas formalmente aos pais, com entrega de cópia física ou digital de todos os novos programas;

Art. 20. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da regional:

I - Coordenar a avaliação do estudante no espectro bem como a elaboração do PEI do estudante;

II - Elaborar dos Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvi mentais do estudante no espectro;

III- Elaborar o Protocolo de Conduta do estudante no espectro;

IV - Elaborar as orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§1º - Sempre que possível, esta avaliação e a elaboração dos programas e protocolos deve ser multidisciplinar e pode se servir também de relatórios, reuniões e

avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante no espectro.

§2º - O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos seguintes processos:

I - Treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas mentais pertinentes ao estudante;

II - Análise semanal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando. De mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 21. Compete ao Professor(a) Regente da sala de aula:

I – Realizar a Avaliação de Habilidades Acadêmicas do estudante no espectro;

II - Elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante no espectro;

III - Adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 22. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

I - Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;

II - Aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;

III - Pranchas de Rotina Visual;

IV - Sistema de Fichas

V - Uso de estratégias motivacionais

VI - Acompanhante Especializado, quando comprovadamente necessário;

VII- Outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante no espectro o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Art. 23. É comprovadamente necessário o Acompanhante Especializado para estudantes que não apresentem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvidas

mentais plenas na avaliação inicial.

Art. 24. O Acompanhante da pessoa com no espectro, para ser considerado como "Especializado", como a lei determina, deve ter ao menos Ensino Médio e uma formação de 180h, sendo ao menos 20% da carga horária de treinamento prático, com formação continuada de ao menos 80h anuais.

Art. 25. A formação do Acompanhante Especializado deve conter os seguintes conteúdos e habilidades desenvolvidas e avaliadas:

I - Módulo de introdução às Deficiências que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características do TEA.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do apoio escolar.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no TEA.

II- Módulo de ensino de habilidades que possibilite ao cursista:

a) Identificar os componentes essenciais de um programa de ensino.

b) Apoiar a organização da rotina de ensino como descrito no programa de ensino.

c) Apoiar as atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

d) Apoiar a locomoção dos estudantes no espectro.

e) Apoiar os diversos contextos de higiene pessoal do estudante no TEA, tais como escovação e limpeza, ensinando estas habilidades-alvo, tal como descrito e planejado nos programas de ensino.

f) Conhecer os processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico, Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, entre outros.

II- Módulo de desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Implementar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Implementar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Auxiliar na formação teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

III - Módulo de apoio na avaliação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Descrever o comportamento e o ambiente em termos numéricos e descritivos.

b) Conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Auxiliar em procedimentos individualizados de avaliação de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Auxiliar em procedimentos de avaliação funcional do comportamento.

e) Produzir vídeos de situações em análise para avaliação do Professor de Sala de Recursos ou outros profissionais de Educação Especial.

IV- Módulo de apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Identificar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro;

d) Implementar intervenções baseadas em modificações de comportamentos desafiadores em estudante no espectro;

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas;

V- Módulo sobre registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

Art. 26. A formação dos Professores da Educação Especial/Sala de recursos deve ter no mínimo a carga horária de 360 horas e abordar os seguintes temas:

I - Módulo de introdução ao TEA que possibilite ao cursista:

a) Conhecer as principais características.

b) Conhecer os marcos legais sobre o TEA e a função do Acompanhante Especializado.

c) Conhecer os princípios básicos do desenvolvimento e comportamento humano.

d) Conhecer as Práticas Baseadas em Evidência para o ensino de pessoas no espectro.

II - Módulo de Avaliação em Transtornos do Neurodesenvolvimento que possibilite ao cursista:

a) Conhecer e utilizar instrumentos de rastreio de risco para o desenvolvimento das pessoas com no TEA, tais como o Teste de Triagem para Desenvolvimento Denver II e M-CHAT-R/F.

b) Elaborar e conduzir avaliação de interesses e preferências.

c) Elaborar processos de avaliação por métodos diretos e indiretos de habilidades de aprendiz, desenvolvi mentais e acadêmicas.

d) Utilizar protocolos existentes de avaliação de habilidades, utilizados em processos de ensino baseados em evidência.

e) Avaliar habilidades de aprendiz, habilidades desenvolvimentais e acadêmicas

f) Realizar procedimentos de análise funcional do comportamento.

III - Módulo acerca de adaptações instrucionais que possibilite ao cursista:

a) Discriminar conceitos de Controle de Estímulos.

b) Formular processos de avaliação de Controle de Estímulos em estudantes no espectro.

c) Interpretar dados de avaliações de controle de estímulos.

d) Adaptar provas escolares.

e) Adaptar lições escolares.

IV- Módulo sobre Ensino de Habilidades que possibilite ao cursista:

a) Interpretar os dados de uma avaliação de modo a produzir um Plano Educacional Individualizado-PEI condizente com as necessidades e interesses do estudante no espectro.

b) Elaborar metas que contenham o aprendiz, a habilidade-alvo, as condições para a intervenção e o critério mínimo de desempenho aceitável.

c) Elaborar os componentes essenciais de um programa de ensino.

d) Elaborar programas de ensino de apoio à organização da rotina escolar.

e) Elaborar atividades de alimentação dos estudantes no espectro.

f) Elaborar formas de apoio à locomoção dos estudantes no espectro.

g) Elaborar estratégias de apoio à higiene pessoal do estudante no espectro em diversos contextos, tais como escovação e limpeza, com o ensino destas habilidades-alvo.

h) Conhecer e elaborar procedimentos baseados em processos de ensino baseados em evidências científicas, tais como Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Naturalístico (e.g., Ensino Incidental), Encadeamento via Análise de Tarefa, Ensino de Discriminação, videomodelação, entre outros.

i) Oferecer a ajuda técnica ao trabalho do apoio escolar, utilizando as melhores evidências disponíveis para uma comunicação eficaz e eficiente, buscando a integridade

da implementação dos programas de ensino e a motivação dos apoios escolares.

j) Tomar decisões apoiadas em dados, tanto do avanço, quando modificação de estratégias dos programas de ensino.

V - Módulo acerca Desenvolvimento de autonomia do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar procedimentos de ajuda e retirada de ajuda para a execução das habilidades-alvo.

b) Elaborar procedimentos de generalização e manutenção das habilidades-alvo.

c) Planejar e implementar formação, Treino Parental teórico/prática de familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos na realidade do estudante no espectro.

VI -Módulo acerca do Apoio à comunicação e interação do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino de Comunicação Suplementar e Alternativa de alta e baixa tecnologia.

b) Planejar e implementar os componentes essenciais de um programa de ensino baseado em Treino de Comunicação Funcional.

c) Descrever e analisar antecedentes e consequentes de comportamentos desafiadores do estudante no espectro.

d) Elaborar e implementar intervenções baseadas em evidências para lidar com comportamentos desafiadores em estudante no espectro.

e) Implementar Protocolo de Segurança em Crises Agressivas.

VII- Módulo sobre Registro das atividades/programas do estudante no espectro que possibilite ao cursista:

a) Registrar outras variáveis que podem afetar o comportamento do estudante no espectro, tais como problemas de saúde, mudanças de rotina ou medicação.

b) Produzir anotações objetivas descrevendo o que ocorreu durante as aulas.

c) Comunicar-se efetivamente com a equipe do escolar.

d) Produzir registros fidedignos de implementação dos programas de ensino.

e) Converter os registros de implementação dos programas de ensino em gráficos.

f) Analisar os gráficos de implementação dos programas de ensino.

VIII- Módulo sobre Gerenciamento de processos inclusivos que possibilite ao cursista:

a) Articular os processos de avaliação com a equipe multidisciplinar.

b) Articular a equipe escolar para a implementação do PEI.

c) Articular e promover a participação protagonista dos pais das pessoas no espectro.

d) Articular e promover a participação protagonista das pessoas no espectro.

e) Mediar conflitos entre os diversos sujeitos do processo inclusivo.

Art. 27. Estas formações serão oferecidas pela Secretaria Municipal de Educação a seus profissionais até o início do ano letivo de 2023, através de seus processos de formação continuada.

Art. 21. Quanto às instituições de ensino, a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA deve estabelecer as seguintes diretrizes:

I - utilização de profissionais, estudantes e docentes das instituições de ensino superior, de forma a auxiliar na formação de profissionais aptos a diagnosticar e tratar o TEA precocemente, por meio de cursos, palestras e programas de incentivo profissional em diferentes níveis;

II - garantia de parcerias com as instituições de ensino para a promoção de cursos, palestras e programas de incentivo ao profissional, nos diversos níveis;

III - inclusão dos estudantes com TEA nas classes comuns de ensino regular com o apoio e as adaptações necessárias da tecnologia da educação;

IV - incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados na pesquisa e no atendimento da pessoa com TEA;

V - inserção do estudo do autismo com base científica no quadro de disciplinas das instituições de ensino superior, em seus cursos de medicina e outros ligados à área de saúde, educação e tecnologia;

VI - adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas no ambiente escolar a fim de desenvolver o potencial humano, o senso de dignidade, autoestima, e respeito pelos direitos humanos, liberdades e diversidade humana das pessoas com TEA;

VII - garantia de que os planos de atendimento educacional especializado dos estudantes com TEA aplicados no âmbito da educação municipal, quando houver, sejam encaminhados para a escola estadual no momento da mudança dos anos iniciais para os anos finais de ensino.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Parágrafo único. O Estado pode criar e implantar Centros Avançados de Estudo e Capacitação de Educadores da Rede Pública de Ensino do Paraná para atendimentos de alunos com TEA.

Art. 22. Os estabelecimentos privados de ensino devem substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA, para que estes não sejam submetidos a incômodos sensoriais ou risco de pânico.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no *caput* deste artigo sujeita os infratores à multa no valor de 200 UPF/PR (duzentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

Art. 23. O Estado pode substituir os sinais sonoros por sinais musicais adequados aos alunos com TEA nos estabelecimentos públicos de ensino, conforme a sua autonomia administrativa e capacidade orçamentária.

Excluir- Não existe método ABA

Subseção I Método ABA

Art. 24. O Estado pode incluir na rede pública de ensino o Sistema de Inclusão escolar baseado no método de Análise do Comportamento Aplicada – ABA (*Applied Behavior Analysis*), para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, ou outro sistema de inclusão escolar validado pelos órgãos competentes.

Art. 25. O Estado pode avaliar as escolas da rede pública que já contam com estrutura física e recursos humanos para iniciar gradativamente a inclusão do método ABA na rede pública de ensino.

§ 1º Cada unidade de ensino pode dispor de profissionais capacitados para a efetiva implementação do método ABA, por meio da avaliação, da criação de plano de ensino, da aplicação e monitoramento por psicólogo da área da educação, por pedagogos, psicopedagogos e por estagiários de pedagogia.

§ 2º A Secretaria de Estado da Educação pode firmar parcerias com as instituições de ensino que trabalhem com técnicas baseadas em evidências com o método ABA, com a promoção de cursos, palestras e capacitações formativas.

Art. 26. Os alunos com TEA serão avaliados por equipe multidisciplinar, incluindo profissionais especializados dos órgãos públicos competentes, professor de atendimento educacional especializado, psicólogo, pedagogo, professores



e demais profissionais da unidade escolar que avaliarão se há necessidade de cada indivíduo aderir ao método ABA.

Parágrafo único. A adesão ao método ABA será facultativa aos alunos que apresentarem uma relação social autônoma ou possuírem outro tipo de acompanhamento pedagógico ou terapêutico, dentro ou fora do ambiente escolar.

Subseção II

Da educação especial

ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA NO TEA POR MEIO DE ATENDIMENTO INTEGRADO E DE APOIO AOS FAMILIARES

Art. 9º. Fica instituída a Diretriz Estadual do Sistema de educação Especial, voltada a pessoa no TEA, baseando-as nas melhores práticas com evidência de sua eficácia para o autismo, sendo-lhe assegurada um sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único: Sistema Estadual de Educação Especial para a Pessoa no “TEA”.

É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa no espectro, objetivando alcançar o máximo desenvolvimento de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, interesses e necessidades de aprendizagem e colocando-os a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 10º. Incumbe ao poder público Estadual assegurar, avaliação “biopsicossocial”, conforme artigo 2º da Lei 13.146/2015, disponibilizar o atendimento educacional especializado, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar todo o processo de inclusão educacional que esteja sob sua competência, devendo ainda:

Art. 27. Constituem-se diretrizes para a educação especial voltada para a pessoa com TEA:

I - acesso ao sistema educacional inclusivo, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem;

II - garantia de acesso, permanência, participação, aprendizagem e matrícula prioritária, sendo vedada a recusa de

matrícula na rede de ensino estadual;

III - participação dos estudantes com autismo e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar;

IV - desenvolvimento acadêmico e social com planejamento de estudo de caso por meio da elaboração e implementação de programa de apoio pedagógico e de inclusão;

V - formação continuada de professores e demais profissionais da educação para o adequado atendimento educacional especializado, para adoção de práticas pedagógicas inclusivas, manejo de comportamento e apoio à realização de pesquisas e à promoção de ações voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva;

VI - atendimento educacional especializado, tendo por objeto a inclusão e a realização de adaptações razoáveis para atender às características dos estudantes com TEA, de modo a garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de igualdade, promovendo a sua autonomia.

§ 1º Na forma do parágrafo único do art. 27 da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, é dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

§ 2º É vedada a contratação e a utilização de estagiários para fins do inciso V do *caput* deste artigo, salvo quando acompanhado de um profissional comprovadamente capacitado no atendimento à pessoa com TEA.

Art. 28. O Programa de Apoio Pedagógico de que trata o inciso IV do art. 27 desta Lei exemplificadamente pode



conter:

- I - a identificação do estudante;
- II - a avaliação do estudante;
- III - os programas de ensino para as habilidades do estudante a serem desenvolvidas;
- IV - as folhas de registros de todos os programas de ensino;
- V - o protocolo de conduta do estudante;
- VI - as diretrizes para adaptação de atividades e avaliações;
- VII - os recursos de acessibilidade ao currículo.

Parágrafo único. O Programa de Apoio Pedagógico é o documento em que estão registrados todos os esforços pedagógicos mobilizados pela comunidade escolar para a aprendizagem do estudante.

Art. 29. A elaboração de Programa de Apoio Pedagógico pode ser realizada por meio de três

fontes: I - entrevista:

1. com os pais ou responsáveis;
2. com o próprio estudante, quando possível;

II – avaliação do estudante com protocolo de conduta cientificamente validado.

Parágrafo único. Podem ser incluídas outras fontes, tais como laudos, pareceres técnicos e avaliações pedagógicas que auxiliem na elaboração do Plano Educacional Individualizado.

Art. 30. A avaliação do estudante por meio do protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, pode ser realizada semestralmente, contendo:

- I - os domínios de habilidades de aprendiz;
- II - os domínios de habilidades desenvolvimentais;
- III - os domínios de habilidades acadêmicas.

§ 1º Habilidades de aprendiz são aquelas que permitem ao estudante a prontidão para o estudo, são comportamentos como sentar, esperar, comunicar-se e também não emitir comportamentos desafiadores como autoagressividade ou heretoagressividade.



§ 2º Habilidades desenvolvimentais são aquelas que não precisam ser ensinadas diretamente em crianças com desenvolvimento típico, mas que usualmente necessitam de planejamento e ensino deliberado em pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, tais como realizar rastreamento e escaneamento visual, imitação, habilidades sociais, entre outros;

§ 3º Habilidades acadêmicas são aquelas necessárias para o que o estudante domine as habilidades e competências descritas no currículo escolar;

§ 4º A avaliação de que trata o *caput* deste artigo também pode ser realizada por meio da implementação de protocolos complementares entre si, desde que cubram os domínios constantes nos incisos do *caput* deste artigo.

Art. 31. A partir da avaliação detalhada das habilidades do estudante, de que trata o art. 30 desta Lei, podem ser escritos os programas de ensino, contendo os seguintes elementos:

I - habilidade-alvo planejada, a qual deve estipular a meta mínima aceitável de aprendizagem; II - procedimento de ensino da habilidade-alvo;

III - frequência e temporalidade de implementação do programa de ensino;

IV - sistema de ajuda para emissão da habilidade-alvo combinado com modelo de retirada gradual, até o alcance da autonomia;

V - alvos do ensino de determinada habilidade;

VI - folhas de registro de tentativa que incorporem cada tentativa de emissão da habilidade com o estudante, descrevendo quantas vezes ele não respondeu à tentativa, acertou de maneira independente, acertou com ajuda ou errou a habilidade.

Art. 32. Todos os agentes escolares que atuam junto ao estudante devem conhecer e acessar o protocolo de conduta cientificamente validado, de que trata o inciso II do art. 29 desta Lei, que conterá ao menos as seguintes informações:

I - interesses e objetos;

II - elementos gatilhos para episódios de agressividade;

III - forma de lidar com comportamentos desafiadores, incluindo procedimentos emergenciais de intervenção física, quando houver necessidade;

IV - formato de comunicação com o estudante;

V - sistemas de Comunicação Alternativa utilizados para a inclusão, quando necessário;

VI - informações nutricionais e de saúde;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

VII - contatos da equipe terapêutica.

Art. 33. As orientações de adaptação de atividades ou avaliações devem conter todas as indicações pertinentes para apoiar o Professor Regente e cada uma das orientações elencadas de adaptação de atividade ou avaliações deve ser justificada mediante os dados extraídos da avaliação prevista no art. 30 desta Lei.

Art. 34. O Programa de Apoio Pedagógico somente será colocado em execução com anuência dos pais ou responsáveis e, nas hipóteses viáveis, da própria pessoa com TEA, devendo seguir os seguintes requisitos mínimos:

I - elaboração em até trinta dias após o início das aulas com o estudante em fase inicial de escolarização em estabelecimento escolar, ou antes, do começo das aulas para o estudante já matriculado em estabelecimento escolar;

III - apresentação em reunião formal aos pais ou responsáveis, à equipe multidisciplinar e à pessoa com o TEA, quando possível, após finalizado;

IV - assinatura de concordância dos pais ou responsáveis e, sempre que possível da pessoa com TEA;

V - acesso aos pais, responsáveis e à pessoa com TEA, caso queiram, para estudo e realização de consultas profissionais externos, inclusive da equipe multidisciplinar que acompanha a pessoa com TEA;

VI - apresentação de assentimento ou pedidos de mudanças do planejamento dos pais, responsáveis ou da pessoa com TEA, as quais poderão ser aceitas ou não pela equipe técnica;

VII - recebimento formal da cópia física ou digital do Programa de Apoio Pedagógico pelos pais ou responsáveis;

VIII - comunicação formal aos pais ou responsáveis e acerca de alterações realizadas nos programas de ensino, sendo-lhes entregues cópias físicas ou digitais de todos os novos programas.

§ 1º A assinatura, na forma do inciso IV do *caput* deste artigo, é requisito obrigatório para início da vigência do Programa de Acompanhamento Pedagógico.

§ 2º Caso os pais, responsáveis e a pessoa com TEA optem pelo acesso constante descrito no inciso V do *caput* deste artigo, será realizada nova reunião de anuência do Programa de Acompanhamento Pedagógico em até quinze dias.

§ 3º Caso não sobrevenha consenso em relação ao Programa de Acompanhamento Pedagógico, o Ministério Público do Paraná por intermédio do Conselho Tutelar será convocado para mediar o conflito, sendo autorizada a realização de nova avaliação ou planejamento da própria equipe ou de equipe externa indicada.

Art. 35. Compete ao Professor de Educação Especial da Escola ou da Regional:

I - coordenar a avaliação do estudante com TEA bem como a elaboração do estudante;



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

II - elaborar:

- a) os Programas de Ensino de Habilidades de Aprendiz e Ensino de Habilidades Desenvolvimentais do estudante com TEA;
- b) o Protocolo de Conduta do estudante com TEA;
- c) s orientações de adaptação de atividades e avaliações.

§ 1º A avaliação e a elaboração dos programas e protocolos devem ocorrer de forma multidisciplinar, sendo permitida a utilização de relatórios, reuniões e avaliações de equipes externas à escola que acompanham o estudante.

§ 2º O Professor de Educação Especial também deve supervisionar o trabalho do Acompanhante Especializado, através dos e processos de treinamento dos procedimentos de implementação dos programas das Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvimentais pertinentes ao estudante, bem como da análise mensal dos dados de implementação, com tomada de decisão de manutenção do programa, quando avançando e de mudança de estratégia, caso não esteja surtindo efeito, ou ainda de avanço, quando o critério de aprendizagem tiver sido atingido.

Art. 36. Compete ao Professor Regente da sala de aula:

- I - elaborar os programas de ensino das habilidades acadêmicas do estudante com TEA;
- II - adaptar atividades e avaliações, em consonância com as orientações de adaptação instrucional elaboradas pelo Professor de Educação Especial.

Art. 37. Constituem recursos de acessibilidade ao currículo:

- I - pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa;
- II - pranchas de Rotina Visual;
- III - aparelhos geradores de voz para Comunicação Suplementar e Alternativa;
- IV - sistema de Fichas;
- V - uso de estratégias motivacionais;
- VI - acompanhante especializado aos estudantes que não apresentarem as Habilidades de Aprendiz e Habilidades Desenvolvimentais plenas na avaliação inicial;
- VII - outros instrumentos que se fizerem necessários para garantir ao estudante com TEA o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem previstos em seu planejamento educacional individualizado.

Subseção III

Da Clínica Escola

Art. 28. A implementação e a execução da política estadual para o atendimento integrado da pessoa com TEA, pode ser realizada por meio da criação de:

Parágrafo único. Criar Programa de Atenção Integral à Saúde Para a Pessoa no "TEA" e seus cuidadores, objetivando o diagnóstico precoce, intervenções intensivas precoce, nutrição adequada e terapia nutricional para indivíduos com seletividade, recusa ou restrição alimentar, atendimento multiprofissional, acesso a medicação, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, sempre baseando-se no que a ciência viabiliza como eficaz para os indivíduos no espectro e a atenção a saúde dos cuidadores.

Art. 29. Criar o CEAPS TEA-Centro Especializado de Atendimento Psicossocial do Transtorno do Espctro Autista:

§ 1º A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das CEAPS TEA, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto nesta Lei.

§ 2º Equipe multidisciplinar para avaliação diagnóstica e de intervenção especializada em TEA;

I- Neuro;

II- Psicólogo;

III- Fonoaudiologia;

IV- Psiquiatra;

V-T. O;

VI- Contratar profissionais qualificados, com expertise da área do TEA e demais previstos em leis.

VII - Prestar atendimentos em terapia comportamental, fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias com base em evidência da sua eficácia para o TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas no espectro enquanto houver necessidade, independentemente da idade;

VIII- O CEAPS TEA pode contar com professores capacitados com projeto

pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

Art. 30. Disponibilizar o mapeamento genético e o aconselhamento familiar, quando da suspeita de alto risco para TEA

Art. 31. Criar protocolo quando da indicação de internações, institucionalização do indivíduo no espectro:

§ 1º As internações médicas devem ocorrer em unidades especializadas, com equipes especializadas em TEA e observar o disposto no art 4º da lei 10.216/20019 (Lei Antimanicomial);

§ 2º Indicações de internação apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes

§ 3º Os tratamentos visam a reinserção social do indivíduo no espectro em seu meio que deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médico, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros dispostos nas leis respeitando as especificidades do indivíduo no espectro.

Art. 32. Indicar a Criação as residências terapêuticas, amparado na mesma Lei que prevê os CAP's, estratégia para a desinstitucionalização das pessoas no espectro, a preocupação é que as pessoas no espectro não sejam internadas em hospitais psiquiátricos, privando-as de sua liberdade e convívio com sua família.

Art. 33. Indicar a criação das Moradias para a vida independente para os indivíduos adultos no espectro no Brasil.

§ 1º Tais moradias podem apresentar 2 modalidades, com ou sem suporte, para pessoas no espectro autônomas que queiram morar sozinhas, ou para pessoa adulta que precisa de suporte para morar sozinha;

§ 2º

Art. 34. Criar as Residências inclusivas, de assistência social e as moradias para a vida independente.

I- Moradias sem suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar sozinho;

II- Moradias com suporte para o indivíduo adulto no espectro que deseja morar

sozinho.

Art. 38. Estabelece as diretrizes para criação e implementação de Clínicas-Escola, para propiciar ensino escolar individualizado com tratamento clínico especializado para atendimento adequado à pessoa com TEA.

Parágrafo único. As Clínicas-Escola podem:

I – contar com professores capacitados com projeto pedagógico e formação específica para atendimento às pessoas com TEA, num sistema de reforço escolar, não tendo como objetivo substituir o ensino regular;

II - prestar atendimento em fonoaudiologia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia, ou outras terapias para tratamento de pessoas com TEA, com profissionais especializados no atendimento de pessoas com TEA.

Art. 39. A fim de identificar, de acordo com a demanda, os locais com necessidade de instalação das Clínicas-Escola, o Estado pode utilizar o Censo das Pessoas com TEA e Familiares previsto no nesta Lei.

Subseção IV

Dos Convênios de Estágio

-Sugere às faculdades a criação do currículo TEA, a disciplina TEA, nos cursos de graduação, das universidades, públicas e privadas.

Art. 40. Estabelece diretrizes para a criação de convênios entre os estabelecimentos de ensino superior e a rede pública de educação, para atendimento de alunos com TEA.

Parágrafo único. Os convênios mencionados no *caput* deste artigo têm como objetivo a disponibilização de estagiários, em fase de estágio obrigatório, para atendimento como tutor ou profissional de apoio, priorizando-se estagiários dos seguintes cursos:

I - psicologia;

II - fisioterapia;

III - fonoaudiologia;

IV - nutrição;

V - medicina;

VI - enfermagem;

VII - demais profissões previstas nesta Lei.

Art. 41. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, devem estar em fase de estágio obrigatório, dependendo apenas do referido estágio para a obtenção do grau.

Art. 42. Os estagiários disponibilizados mediante convênio, nos termos desta Lei, atuarão dentro de sala de aula, supervisionados por professor especialista em atenção ao aluno com TEA.

Parágrafo único. O professor supervisor de que trata o *caput* deste artigo deve avaliar os estagiários mensalmente.

Seção III

Saúde bucal

Art. 43. Institui o Programa TEAtenção da Saúde Bucal, tendo por objeto garantir a atenção e cuidados necessários e adequados para o tratamento da saúde bucal da pessoa com TEA, especialmente crianças e adolescentes autistas.

Art. 44. O Programa TEAtenção da Saúde Bucal será desenvolvido na rede estadual de saúde, com apoio de especialistas e de representantes de associações de pais de autistas, tendo como principais objetivos:

I - oferecer gratuitamente às pessoas com TEA tratamento de saúde bucal adequado às suas necessidades e com atendimento especializado às suas condições e peculiaridades comportamentais;

II - capacitar e especializar profissionais na área de saúde bucal para o devido atendimento das pessoas com TEA, em especial para crianças e adolescentes;

III - absorver e promover novas técnicas e procedimentos que possibilitem melhoria na qualidade de vida dos autistas e familiares.

Art. 45. O Estado pode firmar parcerias com entes públicos e privados para o alcance dos objetivos do Programa TEAtenção da Saúde Bucal.

Seção IV

Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA

Art. 46. Estabelece diretrizes para a criação do Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA.

-Direito ao mapeamento e aconselhamento genético, em caso de risco alto para o TEA

Art. 47. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA tem como objetivos: I - oferecer assistência integral às mulheres com TEA durante a gestação e após o parto;

II - reduzir o risco de complicações gestacionais e do parto;

III - promover o cuidado parental;

IV - garantir:

1. acesso a profissionais especializados no atendimento a gestantes com TEA;
2. o bem-estar e a saúde materno-infantil.

Art. 48. O Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA é composto por: I - acompanhamento:

1. pré-natal e pós-parto com equipe multidisciplinar especializada em TEA;
2. nutricional;
3. psicológico e psiquiátrico;

II - orientações e suporte para a criação dos filhos;

III - monitoramento da saúde da mãe e do bebê;

IV - exames e procedimentos médicos necessários.

Art. 49. Toda gestante com TEA é considerada de alto risco e será atendida levando-se em consideração o alto risco de sua gestação, visando reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil, facilitando o diagnóstico e acompanhamento.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 50. As gestantes com TEA serão encaminhadas ao Programa de Acompanhamento Pré-natal e Pós-parto para mulheres com TEA por meio da rede estadual de saúde ou poderão se inscrever voluntariamente.

Art. 51. A Secretaria competente deve fornecer durante o período de Pré-natal e Pós-parto todo o acompanhamento psicológico e psiquiátrico necessário à gestante com TEA, além do acompanhamento ginecológico, obstétrico e pediátrico fornecido pelo Sistema Único de Saúde.

§ 1º É obrigatória a elaboração conjunta de um plano de parto multidisciplinar, envolvendo o obstetra, o psicólogo e o psiquiatra.

§ 2º O acompanhamento psicológico e psiquiátrico da mulher com TEA e de seu filho será realizado até o segundo ano de vida da criança, em conjunto com o médico pediatra.

§ 3º O médico pediatra que acompanha o filho de mulher com TEA deve informar aos órgãos competentes caso constate que a criança apresenta sinais de TEA.

Art. 52. As mães de crianças com TEA têm direito à prioridade para atendimento psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO V

RESPONSABILIDADE DO ESTADO QUANTO À INFORMAÇÃO PÚBLICA RELATIVA AO TRANSTORNO E SUAS IMPLICAÇÕES

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 53. O Estado, em parceria com o município e instituições filantrópicas ou privadas, pode implantar cursos e

palestras gratuitos e pode criar campanhas educativas com os seguintes temas:

I - importância do diagnóstico;

II - terapias auxiliares;

III - manuseio;

IV - regularidade de estímulos;

V - desenvolvimento do paciente;

VI - cuidados básicos para evitar acidentes.

TÍTULO III

DO DIAGNÓSTICO

Art. 54. Institui a Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA, o Pré-Autismo, com o objetivo de promover a identificação precoce e o diagnóstico, das pessoas com TEA na primeira infância.

Art. 55. São diretrizes da Política de Diagnóstico da Pessoa com TEA:

I - promoção:

a) da conscientização e divulgação de informações sobre o TEA e seus sintomas para a população em geral e, especialmente, para os profissionais que atuam com pessoas com TEA;

b) da articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social para garantir o atendimento integral e interdisciplinar às pessoas com sintomas do TEA ou Pré-Autismo e suas famílias;

II - capacitação dos profissionais que atuam com pessoas com TEA para a identificação precoce dos sinais e sintomas do TEA ou pré-autismo;

III - estímulo à pesquisa científica e ao desenvolvimento de tecnologias para a detecção, diagnóstico e tratamento do TEA;

IV) garantia do acesso a tratamentos e terapias específicas, de acordo com as necessidades de cada pessoa com TEA.

Art. 56. O Estado priorizará a implantação dos protocolos de prognóstico e diagnóstico precoce do TEA, por meio do trabalho de profissionais de saúde e de educação já contratados, de forma multidisciplinar.

§ 1º O protocolo para diagnóstico precoce do TEA deve observar se o paciente ou aluno está pontuando para deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por:

I - deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social;

II - ausência de reciprocidade social;

III - falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns;

IV - excessiva aderência a rotinas;

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

V - padrões de comportamentos ritualizados e interesses restritos e fixos.

§ 2º A triagem do desenvolvimento será realizada durante as consultas de rotina na primeira infância do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

§ 3º Os profissionais devem ser capacitados para aplicar instrumentos de triagem validados e específicos para a detecção de sinais e sintomas de TEA ou Pré-Autismo.

Art. 57. Para os efeitos desta Lei entende-se por diagnóstico precoce a identificação, nos alunos ou pacientes, dossintomas característicos do autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento, e, ainda que não se trate de conclusão médica definitiva, devem ser identificadas intervenções precoces.

§ 1º Os profissionais das áreas de saúde e educação devem ser capacitados para identificar e rastrear sinais de risco de autismo, conforme os mais atuais instrumentos disponíveis e aceitos pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

§ 2º Para fins de Diagnóstico Precoce do TEA será observada a aplicação da Escala M-CHAT, um questionário de avaliação do paciente, conforme prática adotada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, conforme Anexo Único desta Lei.

§ 3º A avaliação de que trata o § 2º deste artigo deve ser respondida pelos pais ou responsáveis, devidamente acompanhados de um profissional de saúde, no primeiro atendimento de saúde da criança perante a rede de saúde pública ou privada.

§ 4º De forma periódica, devem ser efetuadas novas avaliações, até que a criança tenha completado dezoito meses de idade.

§ 5º Caso o resultado obtido no teste demonstre a necessidade de nova avaliação, o profissional deve encaminhar o paciente para atendimento especializado.

§ 6º Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização em relação ao conteúdo da presente Lei, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar apta ao exame dos formulários M-CHAT respondidos perante o Sistema de Saúde.

§ 7º O Estado pode fazer a inclusão no aplicativo de celulares smartphone Saúde Online Paraná do formulário M-CHAT, para que pais ou responsáveis respondam o questionário, com seu imediato encaminhamento para a equipe multidisciplinar responsável, observando o local de residência do cadastro.

§ 8º O sistema eletrônico pode efetuar o envio prioritário dos questionários que, após análise por inteligência artificial, demonstrem chance de diagnóstico positivo.

§ 9º Caso o resultado do questionário indique diagnóstico positivo, o profissional responsável pela avaliação comunicará de imediato a necessidade de agendamento de acompanhamento com profissional especializado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 58. O Estado pode disponibilizar avaliação por equipe multiprofissional para rastreamento precoce de possíveis comportamentos autísticos ou diagnóstico precoce com vistas à intervenção precoce, à reabilitação e à atenção integral às necessidades da pessoa com TEA.

§ 1º A intervenção precoce, a reabilitação e a atenção integral citados no *caput* deste artigo devem ser decorrentes de atendimento especializados nas seguintes áreas:

I - neurologia;

II - psiquiatria;

III - psicologia;

IV - psicopedagogia;

V - psicoterapia comportamental;

VI - odontologia;

VII - fonoaudiologia;

VIII - fisioterapia;

IX - educação física;

X - musicoterapia;

XI - equoterapia;

XII - hidroterapia;

XIII - terapia nutricional;

XIV - terapia ocupacional.

§ 2º A avaliação por equipe multiprofissional é instrumento fundamental para o encaminhamento aos atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo, bem como para o planejamento e gestão das áreas de saúde, da educação e da assistência social.

§ 3º Para maior eficácia, os atendimentos especializados previstos no § 1º deste artigo podem ser fornecidos em clínicas, ambulatórios ou centros de referência em autismo, públicos ou privados, que disponham de todos os serviços integrados, para a realização do tratamento terapêutico singular da pessoa com TEA, em todas as fases da vida, podendo ser incluídas outras modalidades, conforme avaliação multiprofissional.

§ 4º A atenção integral às necessidades da pessoa com TEA de que trata o *caput* deste artigo pode incluir a distribuição gratuita de nutrientes, fraldas e medicamentos.

Art. 59. As ações de diagnóstico devem observar a intersetorialidade prevista nesta Lei, por meio de atuação conjunta entre o Estado do Paraná, municípios, Universidades Federais e Estaduais e outras instituições como fundações e associações.

Art. 60. Os consórcios intermunicipais de saúde pública podem implementar política de priorização, em favor de municípios que não possuam equipe multidisciplinar para a realização do diagnóstico.

TÍTULO IV

DOS DIREITOS

Art. 35. A convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e a LBI 13.146/2015 que tem caráter de emenda constitucional, baseando-se no modelo “biopsicossocial” da deficiência.

§ 1º Considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 2º As pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiências (PCDs), sendo assim, para todos os efeitos legais, as determinações da Lei 13.146/2015 a LEI Brasileira de Inclusão se aplica também aquelas no espectro e suas famílias, garantindo equidade, mais inclusão social e cidadania a esse público.

Art. 36. Para todos os efeitos legais os direitos das pessoas no transtorno do espectro dos autistas, estão assegurados desde a sanção da Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas No TEA, a Lei 12.764/2012- a chamada comumente Lei Berenice Piana, nas áreas da saúde, educação e todos os direito constitucionais.

§ 1º O decreto 8.368/14 atribui ao Ministério da Saúde a promoção da qualificação e articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para garantia do atendimento adequado para as pessoas no espectro e além de garantir o direito no SUS, o vínculo s duas redes de atendimento; -rede de atenção psicossocial (RAPS) e a rede de cuidados de saúde e reabilitação, não “cura” da pessoa no espectro.

§ 2º O ministério da saúde elaborou dois documentos com o objetivo de garantir o acesso a ambas as redes, oferecendo orientações às equipes multiprofissionais, qualificando as redes de apoio;

I- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014)

II- Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (2015)

Art. 37. É direito do indivíduo no espectro, o diagnóstico e intervenção precoce, assegurando-lhes o direito a se desenvolver com qualidade, equidade e dignidade.

Parágrafo único. O diagnóstico precoce, assim como as intervenções precoces e intensiva, lhes asseguram um bom prognóstico, proporcionando as condições ainda que mínimas para a vida autônoma e independente do indivíduo no espectro.

Art. 38. Direito a CIPTEIA, ao controle social, assegura a prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

§ 1º. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

§ 2º. Os órgãos responsáveis desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos indivíduos no espectro, pais e responsáveis do indivíduo no espectro.

Art. 39. Direito a utilização do símbolo universal da conscientização sobre o autismo têm por finalidade:

I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;

II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;

III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;

IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;

V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;

VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 40. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência;

III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

Art. 41. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do

atendimento prioritário referido nos art. 38, 39 e 40 desta Lei.

I- O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

II- Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* destes artigos será aplicada.

Art. 41. Direito ao animal de assistência emocional - ESAN Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

§ 3º O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

§ 4º O passageiro no espectro deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 42. Direito ao BPC previsto na LOAS

Parágrafo único. O indivíduo no espectro precisa ser visto no sentido global, não único, para a garantia da sua subsistência, atenção interdisciplinar, o BPC assegura minimamente esse direito.

Art. 43. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 44. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias no Transtorno do Espectro não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas no espectro.

Art. 61. São direitos da pessoa com TEA:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o

lazer; II - a proteção contra qualquer forma de abuso, exploração e discriminação;

III - o acesso:

a) a medicamentos e exames médicos, quando necessário;

b) à informação com base em evidência científica que auxilie no seu diagnóstico, tratamento e educação; c) à educação e ensino profissionalizante;

d) à moradia;

e) à previdência social e à assistência social;

f) ao tratamento com base em evidência científica;

g) ao diagnóstico precoce;

IV – a participação em atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas ao seu protagonismo, realizada por meio de políticas afirmativas e sendo respeitadas suas limitações;

V - a acessibilidade nas instalações e serviços públicos, inclusive nos serviços eletrônicos com adaptações sonoras e visuais, a fim de evitar incômodos sensoriais;

VI - a garantia de proteção e assistência social necessária para a família, ou responsáveis pela pessoa com TEA, inclusive com atendimento psicológico especializado;

VII – a participação social das organizações da sociedade civil especializadas sobre o TEA, nos espaços consultivos, deliberativos, de fiscalização e articulação das políticas públicas sobre o tema.

Art. 62. A pessoa com TEA não será submetida a tratamento desumano ou degradante, ou sem comprovação científica, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar, nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, deve ser observado o que dispõem as normas federais aplicáveis.

CAPÍTULO I

MECANISMOS DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E CANAL DE DENÚNCIA

Art. 63. Para os efeitos desta Lei define-se discriminação contra as pessoas com TEA qualquer forma de distinção, recusa, restrição ou exclusão, inclusive por meio de comentários pejorativos, por ação ou omissão, seja presencialmente, pelas redes sociais ou em veículos de comunicação, que tenha a finalidade ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, o gozo ou o exercício dos direitos das vítimas.

Art. 64. Comprovada a prática, indução ou incitação de discriminação contra pessoa ou grupo de pessoas com TEA, os infratores ficam sujeitos às seguintes penalidades:

I - advertência escrita acompanhada de um folheto explicativo sobre o TEA, com o encaminhamento do infrator para participação em palestras educativas sobre o tema, ministradas por entidade pública ou privada de defesa de pessoas com TEA, bem como a possibilidade de atuação como voluntário nos Centros de Atendimentos às pessoas com TEA;

II - multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa física; III - multa no valor de 2.000 UPF/PR (duas mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), no caso de pessoa jurídica.

Art. 65. O gestor escolar ou autoridade competente que recusar de maneira discriminatória a matrícula de estudante com TEA fica sujeito às penalidades previstas na legislação vigente.

Art. 66. Institui o Disque Autismo, que consiste em um serviço de atendimento telefônico gratuito para o recebimento de denúncias de maus tratos e de descumprimento dos direitos da pessoa com TEA, bem como para orientação sobre o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA.

§ 1º O Disque Autismo também pode receber denúncias por meio de *sites* ou aplicativos de celular.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 2º As denúncias recebidas podem ser realizadas de forma anônima, garantindo-se o sigilo das informações, que devem ser encaminhadas aos órgãos competentes para as providências cabíveis.

Art. 67. O número de telefone do Disque Autismo será divulgado por meio de informativos a serem afixados em todas as unidades de ensino e de saúde, públicas e particulares e nos *sites* oficiais dos órgãos públicos estaduais.

CAPÍTULO II

DA RESERVA DE ASSENTOS ESPECIAIS NOS VEÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO INTERMUNICIPAIS

Art. 68. É obrigatória a reserva de assentos especiais nos veículos de transporte público intermunicipais para as pessoas com TEA que necessitam de atenção e cuidados especiais.

§ 1º Os assentos especiais devem estar localizados próximos às portas de entrada e de saída dos ônibus, para facilitar o acesso e desembarque dos passageiros.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 69. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a reserva de assentos especiais para pessoas com TEA.

Art. 70. O descumprimento do que estabelecem os arts. 68 e 69 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO III

DA REDUÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS

Art. 71. Os órgãos públicos podem reduzir a duração da jornada de trabalho dos servidores públicos que sejam pais ou detenham a curatela ou guarda legal de crianças com TEA, em até duas horas diárias, sem redução de vencimentos, a fim de acompanhá-los em consultas médicas e terapias multidisciplinares.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO IV

ANIMAL DE ASSISTÊNCIA EMOCIONAL - ESAN

Art. 72. Autoriza a entrada e a permanência de animais de assistência emocional de pessoas com TEA nos veículos de transporte coletivo.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se animal de assistência emocional, identificado no Brasil pela sigla ESAN (*Emotional Support Animals*), aquele treinado para auxiliar no controle emocional, na diminuição da ansiedade e na comunicação de pessoas com TEA.

§ 2º O acesso do animal de assistência emocional será permitido somente quando o passageiro com TEA estiver acompanhado do respectivo animal de assistência.

Art. 73. O animal de assistência emocional deve estar identificado com algum dispositivo que demonstre a sua condição de animal de assistência, como coleira ou crachá.

Art. 74. O passageiro com TEA deve apresentar documentos que comprovem a necessidade do animal de assistência emocional, como atestado médico ou certificado de treinamento do animal, ou credencial emitida por órgão responsável.

Art. 75. É vedado o transporte de animal de assistência emocional em assento destinado a passageiros, devendo o animal ser acomodado em local apropriado e seguro no interior do veículo.

CAPÍTULO V

GRATUIDADE DE PASSAGENS

Art. 76. As pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência têm direito à gratuidade das passagens em ônibus intermunicipais e intramunicipais, desde que comprovada a condição de pessoa com TEA.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 77. As empresas de transporte público devem disponibilizar, em todos os ônibus, informações visuais sobre a gratuidade das passagens para pessoas com TEA que realizam tratamento continuado fora do município de sua residência.

Art. 78. O descumprimento do estabelecido nos arts. 76 e 77 desta Lei sujeita os infratores à multa de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

CAPÍTULO VI

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

Art. 79. Assegura a prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA, desde que comprovada esta condição, nos órgãos públicos e privados, estabelecimentos comerciais e instituições financeiras.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 80. Os órgãos previstos no art. 79 desta Lei devem afixar, em locais visíveis ao público, informativos sobre o direito à prioridade de atendimento aos pais e responsáveis de menores com TEA.

Art. 81. O descumprimento do disposto no art. 80 desta Lei sujeita os infratores à multa de 35 UPF/PR (trinta e cinco vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná).

Parágrafo único. Em caso de reincidência, depois de decorrido o prazo de trinta dias, contados a partir da aplicação da primeira multa, a multa prevista no *caput* deste artigo será aplicada em dobro.

Art. 82. Cabe ao Estado criar os mecanismos necessários para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido no art. 79 desta Lei.

CAPÍTULO VII

GRATUIDADE DE INGRESSOS ESPORTIVOS

Art. 83. Assegura à pessoa com TEA gratuidade em eventos esportivos quando a equipe mandatária tiver sofrido as seguintes penalidades impostas pela Justiça Desportiva:

I - impedimento de realizar a partida com público;

II - perda de renda obtida com a partida.

§ 1º A gratuidade de que trata o *caput* deste artigo será estendida aos pais, cuidadores ou responsáveis da pessoa com TEA, limitada a no máximo dois acompanhantes por pessoa com TEA.

§ 2º A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

CAPÍTULO VIII

COMPETIÇÕES PARAESPORTIVAS

Art. 84. Todas as competições paraesportivas realizadas, organizadas, patrocinadas ou apoiadas pela Administração Pública Direta ou Indireta do Estado do Paraná devem possuir categoria exclusiva para pessoas com o TEA com QI maior que 75.

Parágrafo único. No momento da competição, havendo apenas um paratleta presente para participar da categoria especificada, cabe ao indivíduo decidir se deseja que seja realizada a competição nesta categoria e a respectiva premiação.

CAPÍTULO IX

DO BANCO DE EMPREGOS

Art. 85. O Estado pode estabelecer critérios para a criação de banco de empregos para pessoas com TEA.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a criação e manutenção do banco de empregos para pessoas com TEA.

Art. 86. Os critérios para a utilização do Banco de Empregos podem ser definidos pelo Estado.

Parágrafo único. O Estado pode firmar convênios com entidades públicas ou privadas para a devida consecução do Banco de empregos.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 87. As empresas com mais de cem empregados que recebem incentivos fiscais concedidos pelo Estado do Paraná devem destinar no mínimo dois por cento de suas vagas de trabalho para pessoas com TEA.

TÍTULO V

DAS OBRIGAÇÕES DOS PRIVADOS

CAPÍTULO I

DOS ESTÁDIOS

Art. 88. Obriga os estádios e arenas esportivas com capacidade igual ou superior a dez mil pessoas a fornecerem abafadores de ruídos para pessoas com TEA.

§ 1º O abafador de ruídos de que trata o *caput* deste artigo será fornecido no momento da entrada do evento, após a apresentação da Ciptea ou do laudo médico pericial que ateste o TEA.

§ 2º Os responsáveis pela realização de eventos ou gerenciamento de estádios e arenas, por iniciativa própria, podem criar espaços reservados e adaptados para pessoas com TEA, com cadastro, plano de sócio e relações comerciais especiais.

CAPÍTULO II

DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Art. 88. A pessoa com TEA não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição.

Parágrafo único. A condição de pessoa com TEA será comprovada mediante apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Art. 90. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde de suspenderem ou cancelarem, sem justa causa e sem prévio aviso, o fornecimento de seus serviços a consumidores com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Saete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

§ 1º Considera-se justa causa, para os fins desta Lei, o previsto nas seguintes hipóteses:

I – inadimplência por parte do consumidor contratante por mais de 180 (cento e oitenta) dias

consecutivos; II – fraude por parte do consumidor contratante no diagnóstico que ateste o TEA;

III – encerramento da prestação de serviços de saúde pela operadora no âmbito do Estado do Paraná.

§ 2º O aviso prévio mencionado no *caput* deste artigo deve ser encaminhado aos pacientes e a seus responsáveis legais, mesmo nas hipóteses em que haja justa causa, por meio de sistema de comunicação que possibilite a comprovação de seu recebimento, com o prazo mínimo de noventa dias antes da suspensão ou cancelamento da prestação dos serviços.

Art. 91. Proíbe as operadoras privadas de planos de saúde a imporem carências ou custos abusivos para os consumidores com TEA em comparação aos planos ofertados aos demais usuários contratantes.

Art. 92. As operadoras de saúde que descumprirem o disposto nesta Lei ficam sujeitas à multa de no mínimo 100 UPF/PR (cem vezes a Unidades Padrão Fiscal do Estado do Paraná).

CAPÍTULO III

DA INCLUSÃO DE PESSOA COM TEA EM PONTOS TURÍSTICOS

Art. 93. Estabelece diretrizes para a inclusão de pessoas com TEA em pontos turísticos, hotelaria e similares, compreendendo albergues, *campings*, *hostels*, pousadas e *resorts*.

§ 1º Considera-se ponto turístico, para os fins desta Lei, o local de interesse onde os turistas visitam, tipicamente pelo seu valor natural ou cultural inerente ou exposto, significado histórico, beleza natural ou construída, proporcionando lazer e diversão.

§ 2º Considera-se hotelaria, para os fins desta Lei, a atividade de comércio que trabalha com o turismo de um modo geral e tem como finalidade atuar nas áreas de hospedagem, alimentação, segurança, entretenimento e outras atividades relacionadas ao bem-estar dos hóspedes, prezando sempre pela qualidade e pelo bom atendimento oferecido.

Art. 94. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem proporcionar às pessoas diagnosticadas com TEA as condições adequadas para inclusão, tais como:

I - salas de dessensibilização ou local para aliviar estímulos;

II - materiais para auxiliar no planejamento da visita – história social – que podem estar inseridos no seu *site*, por meio de *QR Code* ou por meio de material impresso;

III - banheiro família, para que a pessoa com TEA possa utilizá-lo acompanhada de um familiar ou responsável; IV

- placas de atendimento e vagas de estacionamentos prioritários, estampados com o símbolo mundial do autismo;

V - identificação de seus colaboradores para que possam melhor orientar as visitas.

Art. 95. Os responsáveis pelos pontos turísticos e pelos sistemas de hotelaria devem:

I - capacitar e treinar seus colaboradores, por meio de empresas e profissionais capacitados por entidades especializadas em TEA;

II - aumentar, em cinquenta por cento, o número de vagas preferenciais reservadas para veículos de pessoas com deficiência.

Art. 96. Nos pontos turísticos, hotelaria e similares em que houver muitos estímulos de som alto devem estar dispostos, no acesso de entrada, placa informativa desta situação, bem como abafador de ruídos, para que a pessoa com TEA, em caso de necessidade, possa fazer uso.

TÍTULO VI

DO CENSO DE PESSOAS COM TEA E DE SEUS FAMILIARES

Art. 97. Cria o Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares (família nuclear) e seu cadastramento, com o objetivo de identificar, mapear e cadastrar o perfil socioeconômico e étnico cultural das pessoas com TEA e de seus familiares, com vistas ao direcionamento das políticas públicas desse segmento social, em especial visando saúde, educação, trabalho e lazer.

Art. 98. Com os dados obtidos por meio da realização do Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares será elaborado um cadastro com as seguintes informações:

I - quantitativas sobre os tipos e os graus de autismo no qual a pessoa com TEA foi diagnosticada; II - necessárias para contribuir com a qualificação, a quantificação e a localização das pessoas com TEA e de seus

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

familiares;

III - sobre o grau de escolaridade, nível de renda, raça e profissão da pessoa com TEA e de seus familiares.

Art. 99. O Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será realizado a cada quatro anos, devendo conter mecanismos de atualização mediante autocadastramento.

Art. 100. O sistema de gerenciamento e mapeamento dos dados contemplará, em sua composição, ferramentas de pesquisa básica e de pesquisa ampla para manuseio pelas Secretarias Estaduais de Saúde, de Educação, de Desenvolvimento Social e Família, de Desenvolvimento Urbano e da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, ou outras Pastas que as substituam, abrangendo os cruzamentos de informações quantitativas necessárias para a articulação e formulações de políticas públicas.

§ 1º Os dados obtidos por meio do Programa são inalteráveis e deverão ser transpostos para o sistema de banco de dados dos órgãos competentes.

§ 2º As estatísticas do cadastro deverão estar disponíveis, preservando-se os direitos invioláveis de sigilo, a fim de proteger as pessoas com TEA e suas famílias para que se possa mensurar a evolução e o georreferenciamento do transtorno na sociedade, bem como a resposta do Poder Público ao tratamento apropriado.

§ 3º Para assegurar a confidencialidade e o respeito à privacidade das pessoas com TEA e seus familiares, as informações contidas no Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares terão caráter sigiloso e serão usadas exclusivamente para fins estatísticos, não podendo ser objeto de certidão ou servir de provas em processo administrativo, fiscal ou judicial.

§ 4º Os dados do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser compartilhados com a administração municipal direta e indireta, bem como com os demais órgãos públicos federais, estaduais e municipais desde que justificada a necessidade pelo requerente, que assinará termo de responsabilidade quanto ao uso dos dados compartilhados.

§ 5º Os órgãos competentes poderão firmar convênio com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná – CRM/PR, ou outro conselho competente para o diagnóstico, para fins de estatística e cadastramento, que hospitais, clínicas e consultórios públicos e privados lhe informem quando diagnosticarem ou tomarem conhecimento de algum paciente com TEA.

Art. 101. A instituição ou órgão responsável pela elaboração e execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares empreenderá estudos para desenvolver outros indicadores de forma a subsidiar com dados estatísticos a melhoria da qualidade no tratamento da pessoa com TEA e, visando uma solução futura por meio de políticas públicas de incentivo específico, poderá informar:

I - a quantidade de profissionais especialistas disponíveis e imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

que atendem na rede pública e privada de forma georreferenciada na capital, região metropolitana e interior; II - qual o déficit de profissionais especializados.

Parágrafo único. Os profissionais especialistas imprescindíveis ao tratamento multidisciplinar do autismo incluem neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, educadores físicos, entre outros.

Art. 102. As pessoas envolvidas na realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares devem ser capacitadas para atuar com pessoas com TEA por equipe multidisciplinar composta inicialmente por:

I - psicólogo;

II - assistente social;

III - psicopedagogo;

IV - fonoaudiólogo;

V - neurologista;

VI - psiquiatra.

Parágrafo único. O processo de capacitação de que trata o *caput* deste artigo será ministrado pela Secretaria Estadual de Saúde e orientado por entidades representativas do segmento da pessoa com TEA.

Art. 103. As estratégias definidas não elidem a adoção de medidas adicionais em âmbito local ou de instrumentos jurídicos que formalizem a cooperação entre os entes federados, podendo ser complementadas por mecanismos nacionais e municipais de coordenação e colaboração recíproca.

Art. 104. Para a execução do Programa Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares poderão ser estabelecidos convênios e parcerias com órgãos públicos e entidades de direito público ou privado, de acordo com a legislação vigente.

Art. 105. O registro da pessoa com TEA no cadastro estadual proveniente do Censo de Pessoas com TEA e de seus Familiares será feito mediante a apresentação da Ciptea, ou do laudo médico pericial que ateste o TEA, caso a pessoa ainda não possua a Ciptea.

Parágrafo único. A pessoa cadastrada poderá receber, por meio de requerimento à Secretaria de Desenvolvimento Social e Família, ou da Pasta que a substitua, carteira de identificação, com prazo de validade indeterminado.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 106. Os critérios e procedimentos para a realização do Programa Censo das Pessoas com TEA e de seus Familiares serão definidos pelo Poder Executivo.

TÍTULO VII

DA UTILIZAÇÃO DO SÍMBOLO UNIVERSAL DA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O AUTISMO

Art. 107. O símbolo universal do autismo, representado pela fita quebra-cabeça, deve constar:

I - em vagas de estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem vagas de estacionamento preferenciais, reservados a pessoas com deficiência;

II - em estabelecimentos públicos e privados que disponibilizem atendimento prioritário a pessoas com deficiência; III - nos assentos preferenciais dos ônibus de transporte coletivo;

IV - em espaços preferenciais para embarque e *check-in*;

V - em banheiros família, caso o estabelecimento disponha desta modalidade;

§ 1º Para fins do cumprimento do disposto no inciso III do *caput* deste artigo, os custos ficam a cargo da concessionária ou permissionária do serviço de transporte público.

§ 2º Para fins do disposto no inciso V do *caput* deste artigo, considera-se banheiro família a instalação sanitária: I - com dimensões maiores do que uma cabine sanitária convencional;

II - destinada ao atendimento de crianças, de idosos, de pessoas com deficiência, ou de outras pessoas que necessitam de acompanhamento de terceiros.

§ 3º O descumprimento do disposto neste artigo sujeita os infratores às seguintes

penalidades: I - advertência por escrito na primeira autuação;

II - multa no valor de 50 UPF/PR (cinquenta vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná) até 500 UPF/PR (quinhentas vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), a ser graduada de acordo com a gravidade da infração, o porte econômico do infrator, a conduta e o resultado produzido.

TÍTULO VIII

DOS SELOS

CAPÍTULO I

SELO ESCOLA AMIGA DO AUTISMO

Art. 108. Institui o Selo Escola Amiga do Autismo, o qual será concedido às escolas que contribuírem para a inclusão social de pessoas com TEA.

Art. 109. O Selo Escola Amiga do Autismo será concedido pelo Poder Executivo, mediante requerimento, às escolas que contribuírem para a inclusão social de funcionários e de alunos com TEA, promovendo a sua inserção na comunidade escolar, dando suporte e apoio para o trabalho e para o estudo.

Art. 110. São objetivos do Selo Escola Amiga do Autismo:

I - a inclusão das pessoas com TEA;

II - a conscientização da família, da sociedade e do Estado sobre a importância da inclusão social da pessoa com TEA;

III - outras medidas que visem a dar suporte e visibilidade à participação e inclusão social das pessoas com TEA na vida comunitária.

Art. 111. O Estado pode estabelecer prazo de validade do Selo da Escola Amiga do Autismo, podendo ser renovado indefinidamente mediante nova avaliação e vistoria.

Parágrafo único. Na hipótese de descumprimento dos critérios que autorizam a concessão do selo antes de expirar sua validade, o Estado pode cancelá-lo sumariamente.

Art. 112. O Estado pode credenciar instituição pública ou privada para avaliar os empreendimentos que pleitearem o Selo da Escola Amiga do Autismo e fiscalizar o fiel cumprimento dos critérios que autorizam a sua concessão.

Art. 113. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Escola Amiga do Autismo.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

CAPÍTULO II

SELO EMPRESA AMIGA DO AUTISMO

Art. 114. Institui o Selo Empresa Amiga do Autismo, o qual será concedido às empresas que adotem política interna de inserção no mercado de trabalho de pessoas com TEA, ou que contribuam com ações para defesa dos direitos dessas pessoas.

Art. 115. O Selo Empresa Amiga do Autismo será concedido pelo Estado, mediante requerimento, às empresas favoráveis à inclusão das pessoas com TEA, por meio da reserva de postos de trabalho específicos, da capacitação para o exercício de funções de maior remuneração e da promoção ou patrocínio de eventos culturais dirigidos a essas pessoas.

Art. 116. Os pontos turísticos e sistemas de hotelaria que tiverem seus colaboradores devidamente treinados e capacitados para atuarem com pessoas com TEA podem requerer o Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 117. São objetivos do Selo Empresa Amiga do Autismo:

I - enaltecer e homenagear os estabelecimentos empresariais que promovam a inserção no seu quadro de empregados de pessoas com TEA;

II - difundir a importância da adaptação nas empresas para a inserção das pessoas com TEA no quadro de empregados.

Art. 118. O Estado pode definir os critérios para concessão e manutenção do Selo Empresa Amiga do Autismo.

Art. 119. Os estabelecimentos empresariais participantes podem utilizar o Selo Empresa Amiga do Autismo para divulgar e promover a importância da inserção de pessoas com TEA no mercado de trabalho.

§ 1º O selo pode ser utilizado para fins de identificação dos estabelecimentos empresariais, podendo constar em documentos usados, nas correspondências da empresa, na *internet* e em propagandas;

§ 2º O selo pode ser emitido também nos produtos e em embalagens dos estabelecimentos empresariais, assim como em campanhas, publicações, *sites*, material de divulgação, veículos e meios de comunicação.

3º O prazo de participação e uso publicitário do Selo Empresa Amiga do Autismo, na forma do *caput* deste artigo, será

de dois anos, podendo ser renovado por iguais períodos, sempre condicionado a outras iniciativas que venham a ser adotadas pela empresa.

Art. 120. O Selo Empresa Amiga do Autismo não pode ser utilizado para validar os processos de qualidade de produtos ou serviços dos estabelecimentos empresariais.

Art. 121. O uso do Selo Empresa Amiga do Autismo é restrito aos estabelecimentos empresariais participantes, sendo intransferível o direito de uso.

Art. 122. O usuário do Selo Empresa Amiga do Autismo receberá uma cópia digital reproduzível do selo, juntamente com manual de cores e utilização.

Art. 123. O estabelecimento empresarial detentor do Selo Empresa Amiga do Autismo não está autorizado a fazer qualquer alteração gráfica na marca.

Parágrafo único. Alterações nas dimensões do Selo Empresa Amiga do Autismo são autorizadas desde que respeitem as proporções do tamanho, não distorçam, alterem ou danifiquem a figura do selo, mantendo-o legível.

TÍTULO IX

DAS DATAS ALUSIVAS AO TEA

Art. 124. Institui as seguintes datas alusivas ao TEA:

I - Dia de Conscientização do Autismo a ser realizado anualmente em 2 de abril;

II - Semana Azul a ser realizada anualmente entre os dias 1º a 7 de abril;

III - Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee a ser realizada na semana que compreender o dia 3 de janeiro.

Parágrafo único. As datas instituídas neste artigo passam a integrar o Calendário Oficial de Eventos do Estado do Paraná.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 125. O Dia de Conscientização do Autismo e a Semana Azul têm por finalidade:

- I - promover a defesa e a garantia dos direitos da pessoa com autismo;
- II - sensibilizar a sociedade para a causa das pessoas com autismo;
- III - disseminar informações sobre o autismo e o seu processo de evolução;
- IV - elevar a consciência da população sobre o autismo;
- V - desenvolver ações que diminuam o preconceito e a exclusão social;
- VI - unir forças para a construção e fortalecimento de políticas públicas que ampliem os direitos da pessoa com autismo.

Art. 126. Durante todo o mês de abril os prédios públicos de propriedade ou administrados pelo Estado do Paraná devem ser iluminados com a cor azul.

Parágrafo único. Para efeitos desta Lei, consideram-se como prédios públicos do Estado do

Paraná: I - a sede do Poder Executivo;

II - a sede do Poder Legislativo;

III - as sedes dos órgãos da administração pública direta, indireta e das autarquias estaduais; IV - os prédios históricos administrados pelo Estado do Paraná.

Art. 127. A Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa com TEA e familiares – Semana Amy Lee tem por objetivos:

- I - conscientizar a população sobre o impacto do *bullying* nas pessoas com TEA;
- II - promover encontros com especialistas que atuam com práticas baseadas em evidências; III - incentivar práticas clínicas e educacionais baseadas em evidências;
- IV - conscientizar a população para que a pessoa com TEA seja tratada como cidadão ativo; V - apoiar as famílias das pessoas com TEA.

Art. 128. Durante a Semana Estadual de incentivo ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio da pessoa

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

com TEA – Semana Amy Lee podem ser realizadas as seguintes atividades:

I - palestras;

II - debates;

III - seminários;

IV - audiências públicas;

V - propagandas publicitárias;

VI - distribuição de folhetos e cartilhas informativos;

VII - capacitação de servidores públicos para atendimento de pessoas com TEA.

TÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 129. Veda a aplicação de multa por perturbação sonora a estabelecimentos que prestam atendimento a pessoas com deficiência intelectual ou com TEA, quando a origem da perturbação sonora se dê em razão dos sons ou ruídos de fala resultantes da forma de comunicação e expressão dos deficientes.

Art. 130. O Estado pode instituir o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de desenvolver políticas e programas que visem manter, fomentar, qualificar e atender pessoas e profissionais que atuem nesta área.

Art. 131. Os valores arrecadados com as multas previstas nesta Lei serão revertidos para o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista ou para outro fundo que o substitua.

Parágrafo único. Enquanto o Fundo Estadual para as Pessoas e Famílias de Transtorno do Espectro Autista de apoio à pessoa com TEA não for criado, os valores devem ser destinados à criação e execução de políticas públicas para as pessoas com TEA.

Art. 132. O Estado do Paraná pode promover cursos de capacitação e de formação para os servidores que atuam na área de segurança pública, voltados ao atendimento de ocorrências envolvendo pessoas com TEA.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Saete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

Art. 133. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 134. Revoga as seguintes Leis:

I - nº 17.555, de 30 de abril de 2013;

II - nº 19.025, de 17 de maio de 2017;

III - nº 19.590, de 10 de julho de 2018;

IV - nº 19.876, de 3 de julho de 2019;

V - nº 19.923, de 30 de agosto de 2019;

VI - nº 20.043, de 3 de dezembro de 2019;

VII - nº 20.371, de 27 de outubro de 2020;

VIII - nº 20.379, de 19 de novembro de 2020;

IX - nº 20.430, de 15 de dezembro de 2020;

X - nº 21.432, de 19 de abril de 2023.

Curitiba, de de 2023.

XXXXX

Deputado(a) Estadual

ANEXO ÚNICO

Questionário (Escala M-CHAT-R)

Responda estas perguntas sobre sua criança. Lembre-se de como sua criança se comporta habitualmente. Se você observou o comportamento algumas vezes (por exemplo, uma ou duas vezes), mas sua criança não o faz habitualmente, então responda "Não". Por favor, responda Sim ou Não para cada questão.

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado do cômodo, sua criança olha para o que você está apontando? (Por exemplo: se você apontar para um brinquedo ou um animal, sua criança olha para o brinquedo ou animal?)	() Sim () Não
2. Alguma vez você já se perguntou se sua criança poderia ser surda?	() Sim () Não
3. Sua criança brinca de faz-de-conta? (Por exemplo, finge que está bebendo em um copo vazio ou falando ao telefone, ou finge que dá comida a uma boneca ou a um bicho de pelúcia?)	() Sim () Não
4. Sua criança gosta de subir nas coisas? (Por exemplo: móveis, brinquedos de parque ou escadas)	() Sim () Não
5. Sua criança faz movimentos incomuns com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos?)	() Sim () Não
6. Sua criança aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, aponta para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance?)	() Sim () Não
7. Sua criança aponta com o dedo para lhe mostrar algo interessante? (Por exemplo, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na estrada?)	() Sim () Não
8. Sua criança interessa-se por outras crianças? (Por exemplo, sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	() Sim () Não
9. Sua criança mostra-lhe coisas, trazendo-as ou segurando-as para que você as veja – não para obter ajuda, mas apenas para compartilhar com você? (Por exemplo, mostra uma flor, um bicho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo?)	() Sim () Não

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Saete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

<p>10. Sua criança responde quando você a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia ou para o que está fazendo, quando você a chama pelo nome?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>11. Quando você sorri para sua criança, ela sorri de volta para você?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>12. Sua criança fica incomodada com os ruídos do dia a dia? (Por exemplo, sua criança grita ou chora com barulhos como o do aspirador ou de música alta?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>13. Sua criança já anda?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>14. Sua criança olha você nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>15. Sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, dá tchau, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, sua criança olha em volta para ver o que é que você está olhando?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>17. Sua criança busca que você preste atenção nela? (Por exemplo, sua criança olha para você para receber um elogio ou lhe diz “olha” ou “olha para mim”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>18. Sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “ponha o livro na cadeira” ou “traga o cobertor”?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>19. Quando alguma coisa nova acontece, sua criança olha para o seu rosto para ver sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para o seu rosto?)</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>20. Sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser balançada ou pular nos seus joelhos?)</p>	<p>() Sim () Não</p>

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -
<https://www.assembleia.pr.leg.br>

JUSTIFICATIVA

Justificativa:

O BRASIL TEM 18,6 MILHÕES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, CERCA DE 8,9% da população, segundo IBGE dados atualizados em 07/07/2022 dentre essas deficiências estão aproximadamente 2% da população brasileira, ou seja aproximadamente 6 milhões de pessoas que estão no TEA-transtorno do espectro do Autismo. A população com deficiência tem menor acesso à educação, trabalho e renda, os maiores percentuais da população com deficiência em 2022 foram entre mulheres, pessoas autodeclaradas pretas e na região Nordeste. Essa política vai de encontro com o Tratado de Nova Yorke a Convenção da ONU, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional, que o Brasil firmou. A proposta dessa política é que a convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à

educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade e deve ser elaborado com a participação de mais da sociedade civil, governos, estadual e municipal. Com os números expressivos de autistas no Brasil, objetiva-se com a criação em caráter de urgência de uma Política Estadual que contemple o indivíduo no espectro, tanto uma política de educação especial, que o Brasil não tem, quanto as da saúde que são ineficazes até o presente momento. Assim essa Política Pública de inclusão social tem como objetivo desenvolver ações de participação social e de combate à desigualdade, exclusão ou restrição que impedem o exercício de direitos em equidade de condições para os indivíduos que estão no espectro do autismo.

Objetiva-se instituir o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA, promovendo a consolidação de onze leis estaduais atualmente vigentes, bem como de diversas proposições que tratam sobre o tema e que estão em trâmite nesta Casa.

O processo de consolidação de leis é disciplinado pelo *caput* do art. 22 da Lei Complementar nº 176, de 11 de julho de 2014, o qual prevê:

Art. 22. A consolidação consistirá na integração de todas as leis pertinentes à determinada matéria em um único diploma legal, revogando-se formalmente as leis incorporadas, sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados.

Este Código, dentre outros assuntos, reúne toda a matéria relativa às pessoas com TEA: direitos, deveres, diretrizes para formulação e implementação da política estadual de proteção dos direitos da pessoa com TEA, obrigações dos privados, censo, utilização do símbolo universal sobre a conscientização sobre o autismo, instituição de selos, datas alusivas,

Por consequência, a reunião de toda legislação esparsa e dos projetos de lei que, caso aprovados, constituiriam leis autônomas sobre o autismo, tem o intuito de facilitar a pesquisa, acesso, conhecimento e, por consequência, aplicação de seus dispositivos ou busca dos direitos da pessoa com TEA perante todos os órgãos e instâncias competentes.

O presente Código possui relevância para a toda sociedade e para o Poder Público Estadual, enquanto responsável por importantes políticas públicas para a pessoa com TEA.

Desta forma, disciplinar os direitos das pessoas com TEA, bem como os deveres do Estado e da sociedade para com essas pessoas, é uma forma de garantir dignidade, inclusão social e acolhimento tanto para as pessoas com TEA quanto para as suas famílias.

DEPUTADO EVANDRO ARAUJO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA ANA JÚLIA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:44, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MABEL CANTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ FERNANDO GUERRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO THIAGO BUHRER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCIO PACHECO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BAZANA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:48, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MARCEL MICHELETTO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:49, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALEXANDRE AMARO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:51, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA LUCIANA RAFAGNIN

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:52, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARCIA HUÇULAK

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO FABIO OLIVEIRA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 10:56, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TERCÍLIO TURINI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:19, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIZ CLAUDIO ROMANELLI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:21, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ANIBELLI NETO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:24, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ALISSON WANDSCHEER

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GOURA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 11:43, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MOACYR FADEL

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 12:11, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO LUIS RAIMUNDO CORTI

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:10, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

MARIA VICTORIA BORGHETTI BARROS

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:40, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO BATATINHA

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 13:46, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CLOARA PINHEIRO

Documento assinado eletronicamente em 23/08/2023, às 16:18, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:16, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO TITO BARICHELLO

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 11:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GILSON DE SOUZA

Documento assinado eletronicamente em 24/08/2023, às 12:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ARILSON CHIORATO

Documento assinado eletronicamente em 25/08/2023, às 16:04, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PAULO GOMES

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 09:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:07, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADÃO LITRO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:26, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO REQUIÃO FILHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:33, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA MARLI PAULINO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:35, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA CRISTINA SILVESTRI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:45, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:50, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADA FLÁVIA FRANCISCHINI

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:57, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO TIAGO AMARAL

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 10:59, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DELEGADO JACOVÓS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NELSON JUSTUS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:08, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO PROFESSOR LEMOS

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:09, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO SOLDADO ADRIANO JOSE

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:27, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO MATHEUS VERMELHO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:28, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO NEY LEPREVOST

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:34, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO COBRA REPORTER

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 11:55, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO DENIAN COUTO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:06, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

DEPUTADO GUGU BUENO

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 12:49, conforme Ato da
Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 710 e o
código CRC 1A6D9B2B7A9B7CF

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11575/2023

Informo que esta proposição foi apresentada na **Sessão Ordinária do dia 28 de agosto de 2023** e foi autuada como **Projeto de Lei nº 710/2023**.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:30, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11575 e o código CRC 1B6D9B3C2F4F7BE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Pc Nossa Senhora De Salete SN - Bairro Centro Cívico - CEP 80530911 - Curitiba - PR -

<https://www.assembleia.pr.leg.br> INFORMAÇÃO Nº 11576/2023

Informo que, revendo nossos registros em busca preliminar, constata-se que a presente proposição não possui similar nesta Casa.

Curitiba, 28 de agosto de 2023.

Camila Brunetta
Mat. 20.373

CAMILA BRUNETTA SILVA

Documento assinado eletronicamente em 28/08/2023, às 15:41, conforme Ato da Comissão Executiva nº 2201/2019.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site
<https://consultas.assembleia.pr.leg.br/#/documento> informando o código verificador 11576 e
o código CRC 1A6F9C3F2F4F8DC

SUGESTÕES PARA PL TEA:

- Criar um PL proibindo que a verba pública seja destinada ao que não tem comprovação científica da sua eficácia, tanto na saúde como na educação, isso proteja o brasileiro de ser explorado por charlatões, picaretas que se aproveitam da vulnerabilidade das famílias para vender tratamentos e terapias que não tem eficácia alguma. A ciência faz os experimentos necessários, nós não precisamos submeter a população a isso. Hoje temos disponibilizado pelo SUS práticas integrativas, mesmo sendo destinada só para experimentos, elas estão no rol da ANS, não pode, é um risco, um exemplo foi a constelação familiar que mês passado foi condenada pela ONU.

-CRIAR UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO INCLUSIVO:

DICAS:

Podemos criar nosso “SISTEMA INCLUSIVO” para todas as Pessoas?

Sim, não precisamos esperar uma lei específica pra fazer o que é necessário e está ao nosso alcance, as que temos já são suficientes.

Os municípios tem autonomia pra criar suas normativas e regras na educação;

-Existem modelos que estão mudando a realidade da educação no brasil, ex: Estado do Pará, a universidade tem um modelo de PEI baseado nas melhores práticas com evidência, em Sta, Catarina tem um CMEI baseado em aba.

LINKS, TUDO GRATUÍTO QUE PODEMOS UTILIZAR SEM MEDO DE SER FELIZ:

Não vamos encontrar textos orientadores na educação Inclusiva, mas tem uma saída:

- **LBI 13.146/15- seus artigos 27 ao 30;**
- BNCC-adaptações de currículo;**
- Eca, assegura as adaptações para os alunos com dificuldade de aprendizagem;**
- **Lei 12.764/12- todos os direitos dos autistas**

-AUTISMO COMPREENÇÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

<https://drive.google.com/file/d/1eYFrTxOsrFxoTNXTmi9fCz9yY9D52vys/view?usp=sharing>

-Legislação Jurisprudência e Políticas Públicas

<https://drive.google.com/file/d/11pwq6i9tyvt79uGqfyqR8dqZ5OmdsOG4/view?usp=sharing>

-Coletânea ANEC

https://drive.google.com/file/d/11vpp-AISqnuJWIK3USt2ozE6hv6_I0Ca/view?usp=sharing

-CASP-Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o TEA

<https://drive.google.com/file/d/10cezzqWJr7-R5WyG-NiKLFR-XDf0XQlc/view?usp=sharing>

B.F. Skinner P/ M^a Martha Hubner(documentário-ABA)

Skinner e a Análise do Comportamento

https://youtu.be/0Hn9dN1_W4U

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

Paulo Liberalesso

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

Lucelmo Lacerda

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO:

Elyse Matos

Marlla Mendes



**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda

1ª edição



Curitiba - PR - 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Autores: Paulo Liberalesso
Lucelmo Lacerda

Organização: Elyse Matos
Marlla Mendes

Revisão: Maria Alice Mendes

Projeto gráfico, capa e diagramação: Marcos Venicius Valentin
Supervisão: Elyse Matos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Liberalesso, Paulo

Autismo : compreensão e práticas baseadas em evidências [livro eletrônico] / Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda. -- 1. ed. -- Curitiba : Marcos Valentin de Souza, 2020.

PDF

"Movimento Capricha na Inclusão".

Bibliografia

ISBN 978-65-00-12458-3

1. Autismo 2. Autismo - Diagnóstico 3. Autismo - Pacientes 4. Evidências I. Lacerda, Lucelmo.
II. Título.

20-49360

CDD-616.8982

NLM-WM 203

Índices para catálogo sistemático:

1. Autismo : Medicina 616.8982

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Esta obra não é vendida. Ela faz parte de um projeto educativo, sem fins lucrativos. Todos os direitos reservados.



contato: caprichanainclusao@gmail.com

PREFÁCIO

Há 60 anos: “O fato de que uma média de não mais de 8 pacientes por ano possa ser diagnosticada, com razoável certeza, com autismo (em um período de vinte anos), em um centro de referência como esse, sugere que **esse é um transtorno muito infrequente** especialmente se considerarmos que são referidos de toda a América do Norte.”

Leo Kanner, “The specificity of early infantile autism”, Acta Paedopsychiatrie, 1958.

Hoje: Prevalência de Transtornos do Espectro do Autismo = 1 para cada 54 crianças.

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. Surveillance Summaries, Março 27, 2020 / 69(4); 1-12.

“Como podes dizer que o Autismo deve ser considerado um problema prioritário de saúde pública no Brasil quando ninguém nem sabe quantos autistas existem no país?”

Relato pessoal: conversa entre o Dr. Carlos Gadia e representante do Ministério da Saúde (2012).

É um prazer e uma honra para mim poder fazer o prefácio dessa primeira cartilha do movimento **Capricha na Inclusão**. Visa proporcionar informação de qualidade e difundir as práticas baseadas em evidências no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), de modo a permitir o fomento e criação de políticas públicas a partir de dados cientificamente comprovados.

O texto é de fácil compreensão, para facilitar a sua utilização por todos aqueles interessados que não sejam, obrigatoriamente, especialistas no assunto, mas que possam desempenhar um papel importante na elaboração de políticas públicas sobre o TEA. Os autores, dois dos maiores especialistas em TEA no Brasil, utilizam-se de exemplos para facilitar o entendimento de definições, classificações e intervenções, cuja compreensão é imprescindível para uma avaliação mais criteriosa da enorme quantidade de material que tem sido publicado (livros, capítulos, artigos e media social) a respeito do TEA nas últimas décadas.

Na primeira parte da cartilha, o Dr. Paulo Liberalesso, um dos mais reconhecidos neuropediatras especialistas em TEA do país, nos fala sobre as “Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas no Transtorno do Espectro Autista”. Faz uma excelente revisão histórica do termo autismo e das diferentes classificações desse transtorno desde o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), em 1952, até chegar ao nosso presente entendimento a cerca do Transtorno do Espectro do Autismo, assim definido pelo DSM-5, em 2013. Os distintos critérios são documentados e o autor nos brinda com comentários pessoais a respeito de cada um deles, nos permitindo uma compreensão mais clara da neurofisiologia específica. Os diferentes níveis (1, 2 e 3), definidos a partir do DSM-5 (2013), também são detalhados com clareza.

A seguir, na segunda parte da cartilha, o Professor Lucelmo Lacerda (doutor e pós-doutor em Educação e Educação Especial), um dos maiores estudiosos do autismo e inclusão escolar no país e um dos criadores do **Capricha na Inclusão**, faz um breve mas muito útil comentário a respeito do que pode ser definido como evidência científica, em seus diferentes níveis. Logo após, nos oferece uma extensa e criteriosa revisão de todas as intervenções baseadas em evidência, no que diz respeito ao TEA. Utiliza, para tanto, os resultados da mais recente publicação sobre o tema: o “*Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*”, pela *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice*, em Maio de 2020. Cada uma das 28 práticas baseadas em evidências são descritas e o autor adiciona, ao final de cada item, um artigo representativo das referidas práticas, conduzindo, assim, a uma melhor compreensão dessas intervenções.

Enfim, esta Cartilha, com certeza, se tornará indispensável para todos aqueles que almejem alcançar entendimento com suporte do ponto científico a respeito do TEA, e um elemento de grande valia para as pessoas com a responsabilidade de sugerirem ou criarem políticas públicas voltadas a esse Transtorno, que é considerado como um “Problema de Saúde Pública Mundial” pela OMS.

Acreditamos ser uma enorme contribuição do **Capricha na Inclusão** para esse espaço, ainda pouco aproveitado, da interface entre ciência e políticas de saúde e educação públicas no Brasil, que tanto poderá contribuir para a comunidade de milhões de famílias de pessoas com autismo e, de uma maneira mais ampla, de pessoas com deficiências, em geral, no nosso país.

Carlos Gadia, MD

Associate Director, Dan Marino Center - Nicklaus Children’s Hospital - USA;
Clinical Assistant Professor, Department of Neurology University of Miami Miller School of Medicine;
Clinical Associate Professor of Neurology, Herbert Wertheim College of Medicine - Florida International University;
Clinical Assistant Professor of Pediatrics - Nova Southeastern University;
Diretor Médico - TISMOO Biotech Company;
Diretor Médico - Membro do Board - Instituto ICO Project - Curitiba - Brasil.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Há, aproximadamente, cinco anos eu conheci uma criança...
E eu me lembro daquele dia como se fosse ontem pela manhã...
Eu me lembro do que foi dito e do que não foi possível dizer...
Eu me lembro do rosto dos pais... eu me lembro dos gestos...
Eu me lembro daquela criança andando pelo consultório...
Uma criança linda e que não podia falar...
Ele parecia não compreender exatamente o nosso mundo...
Ele parecia preferir viver no mundo dele...
Talvez o nosso não fosse bom o suficiente...
Com o tempo, pude conhecer seu sorriso fácil e contagiante...
Pude conhecer aqueles olhos claros e seu olhar puro...
O olhar carismático que só encontramos em almas boas...
Com o tempo, as primeiras palavras foram surgindo...
Ele passou a compreender melhor o nosso mundo...
A cada dia que passava ele parecia estar mais próximo de nós...
Obrigado Joaquim... você tem sido uma inspiração para mim...
Inspiração para estudar mais, compreender mais, ajudar mais...
Por algum motivo, naquela manhã, teus pais te levaram para mim...
Sei que ainda temos um longo caminho juntos para percorrer...

Paulo Liberalesso

PALAVRA COM A PESSOA AUTISTA

Considero o início de minha trajetória como um autista ativista no momento em que defini como objetivo contribuir para a comunidade do autismo. Os desafios são muitos e, sem dúvidas, um dos maiores é compreendermos o autismo como uma condição espectro, que revela infinitas possibilidades e necessidades de apoio. Logo percebi que, para melhor compreender os problemas e pensar como contribuir, precisaria estar inserido na comunidade, entendendo as necessidades, de extremidade a extremidade, do espectro amplo do autismo.

Conhecer melhor a comunidade do autismo foi algo extremamente prazeroso e enriquecedor. Pude me aproximar de outros autistas semelhantes a mim, ao mesmo tempo em que pude notar o quanto um autista pode ser diferente de mim. Também pude conhecer inúmeras mães e pais e seus filhos que, através de suas palavras e atitudes, deram-me a oportunidade de entender melhor o que comumente é chamado de amor – mas dessa vez, sob uma perspectiva fora do senso comum: uma perspectiva atípica, de quem não tem outra opção senão lidar com todos os desafios sociais e exaustão que o autismo pode trazer.

Todas essas pessoas com autismo que conheci e ainda conhecerei têm o direito de se desenvolverem, pois trata-se de um direito humano fundamental. O sonho pela plenitude de desenvolvimento é movido pelo amor, mas pode apenas ser garantida quando combinada com eficiência – e a eficiência, conseguimos através das práticas baseadas em evidências.

William Chimura

Pessoa Autista, diagnosticado com Síndrome de Asperger (TEA), presidente da AUTINC (Autistas pela Inclusão), programador, youtuber e mestrando em Informática para Educação pelo IFRS. Conduz pesquisas que investigam como artefatos tecnológicos (aplicativos e jogos) podem contribuir para avaliação e aprendizagem de crianças com TEA.

INTRODUÇÃO

Este primeiro livro organizado pelo Movimento Nacional **Capricha na Inclusão** tem o objetivo de informar gestores públicos, políticos e professores sobre as práticas baseadas em evidências na intervenção no autismo. Embora escrito com rigor técnico, sua linguagem permite o entendimento também daqueles não afetos à temática.

Se por um lado, o indivíduo com autismo tem o direito de se beneficiar de intervenções que possam, efetivamente, resultar na melhora em sua qualidade de vida, por outro lado, é dever do poder público construir políticas públicas que visem resultados concretos, priorizando a utilização dos recursos públicos com intervenções de eficácia científica comprovada.

Assim, é com muita satisfação que damos início a nossa série de livros informativos.

Agrademos imensamente a preciosa colaboração do neuropediatra Dr. Paulo Liberalesso e do professor Dr. Lucelmo Lacerda na autoria do livro.

Agradecemos, ainda, ao neuropediatra Dr. Carlos Gadia pelo importante prefácio, e ao presidente da AUTINC “autistas pela inclusão”, William Chimura pela significativa nota de apoio.

Esperamos que nossos livros sirvam de norte ao entendimento do que é eficaz e seguro em matéria de intervenção no autismo.

Elyse Matos

Advogada, mestre em direito francês, europeu e do comércio internacional pela Sorbonne Université (Paris II), certificada em empreendedorismo e inovação pela Stanford University, fundadora do Instituto Ico Project e membro do Movimento Capricha na Inclusão.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

por Paulo Liberalesso

Fundamentos históricos

O termo “autismo” foi utilizado, pela primeira vez, em 1908 pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler para descrever pacientes com sintomas que ele julgava semelhantes àqueles observados na esquizofrenia. Bleuler nasceu em 1857, na pequena cidade de Zollikon, estudou Medicina e Psiquiatria e, em 1898, assumiu a cátedra de Psiquiatria da Universidade de Zurique, transformando-a em uma referência mundial no estudo das doenças mentais.

Neste período, nomes como Carl Gustav Jung e Eugène Minkowski trabalharam como seus assistentes, documentando seu grande prestígio à época. O livro “A psicologia da demência precoce,” publicado em 1906 por Jung, teria forte influência sobre o pensamento de Bleuler, que neste mesmo ano começaria a utilizar, em suas obras, o termo “esquizofrenias” (no plural), demonstrando sua ruptura com o clássico pensamento kraepeliniano (Emil Kraepelin), uma vez que ele acreditava que esta não se tratava de uma doença única mas, sim, de um grupo de doenças com um núcleo psicopatológico semelhante.

Em 1911, Bleuler publica sua monografia intitulada “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”, uma obra clássica na História da Psiquiatria. É justamente neste contexto que Bleuler

construiu e fundamentou seu pensamento de que o “autismo” faria parte de um grupo maior de psicopatologias, incluindo-o como “algo semelhante à esquizofrenia”^{1,2}, equívoco conceitual que posteriormente seria corrigido pelas novas descobertas da Psicologia, da Psiquiatria e da Neurologia. Bleuler estudou as neuroses, o alcoolismo, os distúrbios da sexualidade e muitos outros temas, frequentemente influenciado por Sigmund Freud. Reconhecido como um homem extremamente culto, ele conhecia poesia, literatura clássica e estudava os fenômenos da natureza. Faleceu em julho de 1939, em sua cidade natal.

Em 1943, o psiquiatra alemão Leo Kanner publica o clássico artigo “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, descrevendo 11 crianças que apresentavam uma “tendência ao isolamento e um intenso desejo pela mesmice”. Este artigo é considerado, historicamente, um dos mais importantes no estudo do transtorno do espectro autista (TEA)³. Kanner nasceu em 1896, em uma pequena cidade austro-húngara chamada Klekotow e estudou Medicina e Psiquiatria, tendo se formado na Universidade de Berlim. No mesmo ano de sua formatura, Kanner emigrou para Dakota do Sul, nos Estados Unidos, onde iniciou a carreira de médico. Considerado um grande estudioso dos distúrbios mentais, aos 34 anos fundou o Departamento de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário Johns Hopkins, em Baltimore. Kanner atuou como diretor deste Departamento até se aposentar, em 1959, mas teve uma vida profissional intensa e academicamente produtiva até sua morte por insuficiência cardíaca, em 1981, aos 87 anos⁴.

Em 1944, o pediatra austríaco Johann “Hans” Friedrich Karl Asperger publicou o artigo “A Psicopatia Autista da Infância”, descrevendo pacientes com sinais e sintomas semelhantes aos observados por Kanner, mas destacando que parte deles apresentava um interesse intenso e restrito por assuntos específicos. Embora Asperger tenha escrito mais de 300 artigos a respeito do que ele denominava “psicopatia autística”, seus textos passaram praticamente despercebidos pela comunidade acadêmica mundial, sendo seu valor reconhecido apenas postumamente. Toda sua produção científica, evidentemente redigida no idioma alemão, fica-

ria praticamente desconhecida até o início da década de 1980, quando começaria a ser traduzida para o Inglês.

Nos últimos anos, historiadores têm associado, repetidamente, Hans Asperger ao regime nazista. E, de fato, sabe-se que ele ocupava uma alta posição de comando sobre outros médicos judeus, e há dados que sugerem fortemente que ele teria atuado no envio de pelo menos duas crianças com deficiência para clínicas de pesquisa e extermínio, como a de Am Spiegelgrund, onde eram realizados experimentos com seres humanos. Suas frequentes demonstrações de lealdade ao regime nazista e cooperação com os programas de eutanásia infantil conferiram-lhe promoções na carreira médica, além de prestígio entre os membros do partido nazista^{5,6}.

Nota explicativa: Am Spiegelgrund era uma clínica localizada em Viena, que funcionou durante a Segunda Grande Guerra Mundial, como parte do Hospital Psiquiátrico Am Steinhof, onde centenas de pacientes, a maioria crianças, foram mortos nos programas de eutanásia infantil fomentados pela Alemanha nazista⁷. Nesta clínica, e em diversas outras, crianças, adolescentes e jovens com deficiências eram submetidos a abusos psicológicos, físicos e à fome extrema como parte de pesquisas médicas. Ao término dos experimentos, os que haviam sido capazes de sobreviver eram, então, assassinados com a administração de injeção letal, exposição a gases tóxicos ou inanição. Centenas de cérebros humanos foram encontrados, armazenados neste hospital para “estudos futuros”^{5,6}.

O nome Lorna Wing está marcado na História da Medicina e não poderíamos ignorar a enorme contribuição desta psiquiatra inglesa ao autismo. Mãe de uma garota com autismo, Lorna e seu marido John nada conheciam a respeito do transtorno, até o nascimento da filha Susie, em 1956. Impulsionada pela necessidade de adquirir conhecimento a respeito do tema, ela realizou ampla pesquisa científica no campo do desenvolvimento humano socioemocional e, posteriormente, no campo do autismo propriamente dito.

Juntamente com um grupo de pais de crianças portadoras do TEA, Lorna fundou, em 1962, no Reino Unido, a National Autistic

Society. É importante lembrarmos que naquele momento predominavam as ideias impulsionadas pela psicanálise, pelos trabalhos de Kanner (que citou diversas vezes a “participação dos pais emocionalmente ausentes na origem do quadro evasivo de comportamento das crianças autistas”) e pelos estudos de Bruno Bettelheim, grande responsável por difundir o terrível conceito da “mãe geladeira”, atribuindo a essas mulheres o isolamento social de seus filhos.

Bettelheim era um judeu austríaco, que durante a Segunda Guerra Mundial foi enviado ao campo de concentração de Buchenwald, onde observou, durante longos períodos, o comportamento de seres humanos submetidos a condições extremas de crueldade, abusos e inanição forçada. Infelizmente, estas observações lhe serviriam de base para a elaboração de suas teorias a respeito do autismo. Bettelheim foi acusado de citar uma falsa proximidade com Freud (com quem, na verdade, não mantinha qualquer laço de amizade), de maltratar seus pacientes autistas, criar dados científicos fictícios e fantasiar teorias sem nenhuma sustentação científica. Ele cometeu suicídio em 1990, aos 86 anos^{8,9}.

Mas, retornando à psiquiatra Lorna Wing, devemos lembrar que ela foi uma das primeiras médicas que destacou a importância da contribuição genética para a origem do autismo, tendo inclusive realizado pesquisas de campo nesse sentido, além de lhe ser atribuída a introdução do termo “síndrome de Asperger” no ano de 1976¹⁰.

Fundamentos para o diagnóstico do TEA

O “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM) é um livro editado periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria, utilizado pelos profissionais de saúde nos Estados Unidos - e na maior parte dos países do mundo - como um norteador para o diagnóstico das condições neuropsiquiátricas. No DSM, constam os critérios clínicos, sinais e sintomas necessários para o diagnóstico de cada transtorno mental, sendo um uniformizador de termos e conceitos para os profissionais de saúde ao redor do mundo. Além de sua aplicação na prática clínica diária, o DSM também é importante para que pesquisadores pos-

sam compreender, de modo preciso, os termos utilizados em pesquisas clínicas.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” (DSM-I), classificando o autismo como um subgrupo da esquizofrenia infantil. Na edição seguinte, o DSM-II (1968), o autismo permanece classificado como parte integrante das doenças psiquiátricas. Somente por ocasião do DSM-III (1980), o autismo passa a ser reconhecido como uma entidade distinta, sendo classificado entre os transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), juntamente com a síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e os transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra classificação¹¹. Em 1994, o DSM-IV passa a descrever, de forma detalhada, os critérios para os diagnósticos dos TID e inclui a síndrome de Asperger como um diagnóstico específico. O conceito de TID surgiu na literatura científica no final da década de 1960 e embasado, principalmente, nos trabalhos publicados por M. Rutter, I. Kolvin e D. Cohen, não sendo mais um termo rotineiramente utilizado^{12,13}.

A última edição do DSM-5 (2013) trouxe grandes modificações na estrutura diagnóstica do autismo, uma vez que aboliu o termo “transtorno global do desenvolvimento”, transferiu a síndrome de Rett para outro capítulo e reuniu, sob a nomenclatura de “transtorno do espectro autista,” os termos autismo, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação¹⁴.

Segundo as diretrizes do DSM-5, os critérios para o diagnóstico do TEA foram divididos em dois grandes grupos: (a) déficits persistentes na comunicação e na interação social verbal e não verbal em múltiplos contextos e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que atualmente segue, ou por história prévia¹⁴

1. Déficits na reciprocidade socioemocional - e que são variáveis - incluindo abordagem social anormal, dificuldade para esta-

belecer uma conversa coerente, compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, bem como dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

Explicação do autor: embora não saibamos exatamente como o comportamento humano se instala no encéfalo - do ponto de vista neurofisiológico durante o curso da vida - sabemos que ele não é formalmente ensinado entre os seres humanos. E provavelmente isso também não ocorra em nenhuma outra espécie animal. Sabemos, ainda, que o comportamento humano é constituído de forma dinâmica, conforme as experiências e interações entre o indivíduo e o ambiente. Deste modo, entendemos que as pessoas aprendem e incorporam novos comportamentos segundo uma capacidade teoricamente inata de imitação, seguida por reforçamento. Este fenômeno seria capaz de explicar como os seres humanos aprendem a se comportar do ponto de vista de seus relacionamentos sociais interpessoais e como desenvolvem a comunicação em todas as suas dimensões, incluindo a comunicação verbal e não verbal. Deste modo, indivíduos que sejam incapazes ou parcialmente incapazes de realizar cópias adequadas do comportamento, desenvolverão padrões atípicos de comportamento, comprometendo sua capacidade de manter relacionamentos interpessoais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social - que igualmente são variáveis - incluindo comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso de gestos, bem como ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

Explicação do autor: devemos ter cuidado quando analisamos o critério “anormalidade no contato visual” já que muitos o interpretam como “ausência de contato visual”, o que é uma forma incorreta de compreender este critério. Pessoas portadoras de TEA apresentam uma fragmentação do contato visual, ou seja, são frequentemente incapazes de mantê-lo por um período prologado de tempo e, quando solicitados a fazê-lo, relatam certo desconforto. O contato social é muito mais que um ato mecanizado de olhar

nos olhos. Na verdade, trata-se de uma ação mediadora das relações sociais interpessoais. É importante ressaltarmos que o contato visual, em sendo uma ferramenta de interação social, pode ser percebido em seres humanos muito jovens, frequentemente já nos primeiros dias de vida. A título de exemplo, durante o aleitamento materno. Outro aspecto relevante é analisar o critério “déficit na compreensão e aprendizado de gestos e utilização de expressões faciais como mecanismos que compõem a comunicação não verbal”. Como explicado anteriormente, uma vez que o comportamento humano é aprendido por fenômenos de imitação seguidos de reforçamento – tais como gestos motores de bater palmas, acenar para pessoas em forma de cumprimento ou despedida e a própria mímica facial, o que podem não ser naturalmente incorporados ao comportamento de pessoas portadoras de TEA, necessitando de ensinamento formal. A adequada interpretação da comunicação não verbal, gerada pela mímica facial (face de alegria, tristeza, raiva ou medo, por exemplo) é muito frequentemente comprometida nas pessoas com TEA, devendo esta capacidade ser ativamente investigada durante a avaliação clínica).

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, o que inclui dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, compartilhar brincadeiras imaginativas, fazer amigos e, ainda, a ausência de interesse por pares.

Explicação do autor: a correta e precisa compreensão de contextos sociais complexos depende de uma capacidade que o cérebro humano tem – teoricamente inata - de selecionar estímulos relevantes para compreensão do todo. No final da década de 1980, a doutora Uta Frith, uma psicóloga do desenvolvimento, sugeriu que não seria possível explicar determinados aspectos observados em pessoas com autismo, apoiando-se exclusivamente na “teoria da mente”, tais como a incrível perseverança nos detalhes em detrimento da análise do todo, a persistência nas rotinas e parte dos comportamentos aparentemente obsessivos. Desse modo, Frith desenvolveu a “teoria da coerência central”, segundo a qual uma pessoa de desenvolvimento típico deveria ser capaz de, ao anali-

sar uma situação complexa, com múltiplas variáveis de estímulo, selecionar aquelas que lhe permitissem compreender o todo e, temporariamente, negligenciar as variáveis não significantes. Pessoas com autismo, frequentemente, falham ao realizar testes que dependam desta seleção adequada de variáveis significativas (ou seja, que dependam da eficácia da coerência central). Por exemplo: se apresentarmos a uma criança um carrinho de brinquedo e ela for incapaz de analisar o objeto como um todo, fixando-se exclusivamente em uma de suas rodas, esta criança não será capaz de compreender como aquele objeto deve ser utilizado no contexto de uma brincadeira em que se fantasia um carro participando de uma corrida. Ou seja, a não compreensão da função de um objeto impede sua utilização funcional, dificultando o aprendizado de uma série de atividades de vida diária como o uso de talheres, a utilização correta do vaso sanitário, como tomar banho ou, até mesmo, como utilizar um lápis na escola.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia¹⁴

1. Movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotípias motoras simples, entre elas: alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

Explicação do autor: estereotípias são definidas como movimentos repetitivos e rítmicos, sem uma função socialmente clara. Quando as pessoas no TEA são questionadas a respeito da função das estereotípias, elas nos explicam que estes movimentos geram alguma sensação de bem-estar ou equilíbrio (organização) em seu comportamento. Embora a neurociência não compreenda precisamente como as estereotípias se estruturam no cérebro humano, sabemos que alterações em circuitos dopaminérgicos em núcleos da base e cerebelo fazem parte da fisiopatologia. As estereotípias mais frequentemente observadas são balanços das mãos ao lado do corpo ou da cabeça, bater palmas e movimentos cíclicos do tronco para frente e para trás. E estereotípias dinâmicas, envolvendo movimentos mais amplos - como andar ou correr de forma

repetitiva - também são relativamente frequentes. Já as ecolalias correspondem a um uso não funcional da fala, na qual o indivíduo repete a fala de terceiros, sendo classificadas como (a) imediata (a repetição da fala ocorre imediatamente ou com pequeno intervalo após a emissão do falante), (b) tardia (a repetição ocorre com grande intervalo após a emissão do falante), (c) disfuncional (não há absolutamente nenhum caráter comunicativo ou funcional) e (d) funcional (há caráter comunicativo, mesmo que de pouca qualidade). Com o progresso das intervenções terapêuticas e desenvolvimento de estratégias comunicativas (principalmente vocais) a ecolalia tende a reduzir em frequência.

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (como sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

Explicação do autor: a inflexibilidade comportamental e o apego rígido às rotinas podem trazer prejuízos significativos e socialmente relevantes a estas pessoas, reduzindo suas oportunidades de convívio social. Parte do que compreendemos por seletividade alimentar também pode ser explicado por uma rigidez no comportamento natural de experimentar novos alimentos. Crianças com seletividade alimentar geralmente apresentam tanto inflexibilidade, quanto alterações de percepção sensorial.

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego a objetos incomuns ou preocupação com eles, bem como interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).

Explicação do autor: o hiperfoco é uma característica muito frequente em pessoas com autismo e, ao contrário do que se possa imaginar, na maioria das vezes ele traz prejuízos significativos ao aprendizado global, já que o indivíduo passa a negligenciar outros conteúdos em detrimento do aprendizado de um único tema. Outro aspecto é o fato de que, frequentemente, o tema focado não apresenta relevância. Exemplo: uma criança que reconhece as

bandeiras de todos os países do mundo ou que (por seu foco em letras e numerais) aprendeu a ler aos 3 anos de idade. Do ponto de vista da funcionalidade, estas habilidades não agregam conhecimento socialmente relevante naquele momento e, portanto, têm pequena ou nenhuma utilidade prática. Em casos muito específicos, pessoas com autismo podem utilizar o hiperfoco de forma produtiva e, nestes casos específicos, nenhuma intervenção terapêutica deve ser dirigida a este sintoma.

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (como indiferença aparente à dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimentos).

Explicação do autor: possivelmente, as alterações dos sistemas sensoriais sejam as menos compreendidas no TEA até os dias de hoje. Na verdade, uma grande parcela das pessoas com autismo apresenta alterações nas percepções sensoriais visuais, auditivas, táteis, gustativas, olfativas, cinestésicas e vestibulares. Estas alterações podem explicar parte dos comportamentos de seletividade alimentar extrema, bem como as alterações comportamentais frente a estímulos auditivos e visuais que, habitualmente, não trariam desconforto a pessoas de desenvolvimento típico. Embora a neurociência ainda não tenha sido capaz de explicar com detalhes as alterações sensoriais no cérebro das pessoas no TEA, sabemos que circuitos talâmicos de integração sensorial, circuitos cerebelares e do córtex parietal e pré-frontal são envolvidos na fisiopatologia da hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.

Para que o diagnóstico do TEA seja firmado, é fundamental que os sinais e sintomas anteriormente descritos estejam presentes de forma precoce no desenvolvimento da criança (uma vez que o autismo é classificado como uma alteração do neurodesenvolvimento). Contudo, parte destes sinais e sintomas pode não ser totalmente aparente em idades precoces da criança, já que as demandas sociais, provavelmente, são ainda incipientes. Outro aspecto a ser considerado é que pessoas no TEA conseguem aprender estratégias durante sua vida, o que pode mascarar estes sinais

- um fato que precisa ser levado em consideração.

O último aspecto a ser considerado, para o diagnóstico do TEA, refere-se às manifestações clínicas, as quais devem, necessariamente, causar prejuízo funcional social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, não podendo todos os prejuízos ser decorrentes do transtorno do desenvolvimento intelectual ou de atraso global do desenvolvimento. Embora haja, entre a população leiga, um “senso comum” de que autistas são pessoas com capacidades cognitivas e intelectuais muito acima da média e algumas vezes sendo retratados como verdadeiros gênios na mídia, é sempre importante frisar que apenas uma pequena parte das crianças com TEA apresenta uma habilidade prodigiosa ou mesmo uma capacidade extraordinária específica. Portanto, essa crença não pode ser generalizada. Estudos demonstram que um número considerável destas pessoas apresenta comorbidades, com transtorno do desenvolvimento intelectual. E, por isso mesmo, dificuldade em diversas áreas do desenvolvimento, o que compromete sua autonomia e rendimento pedagógico.

Classificação dos níveis de gravidade

A história da Medicina é marcada por uma quase obsessão em classificar a intensidade e a gravidade das doenças e demais condições humanas. Embora no TEA esta classificação traga pouca ou nenhuma importância quando pensamos nas estratégias de intervenção, ela é importante para questões legais ou no estabelecimento do prognóstico.

O TEA é, muitas vezes, uma condição altamente incapacitante, caracterizada por prejuízo clinicamente significativo nos domínios da comunicação e do comportamento, apresentando aproximação social anormal, pouco interesse por pares e prejuízos na conversação. Para classificar a gravidade do TEA, a Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) utiliza o nível de dependência provocado pelo autismo no indivíduo¹⁴.

Nível 1 (leve) - Pessoas no TEA com necessidade de pouco apoio.

Estão classificados no nível 1 pessoas que necessitam de apoio

ocasional e que os déficits na comunicação social provocam pouca repercussão em suas relações interpessoais. Estes indivíduos, habitualmente, têm dificuldade para iniciar interações sociais ou mantê-las com boa qualidade. É menor interesse em interações sociais rotineiras. As tentativas de fazer novas amizades costumam ser malsucedidas. As dificuldades provocadas pela inflexibilidade cognitiva podem ser evidentes nestas pessoas, além de problemas relacionados à organização e ao planejamento.

Nível 2 (moderado) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio substancial.

Estão classificados no nível 2 pessoas que apresentam déficit severos nas suas habilidades de comunicação social (verbal e não verbal). Nestes casos, mesmo com o uso de apoio ou suporte, tais deficiências são claras e significativas, comprometendo substancialmente as relações interpessoais. A busca por novas amizades é consistentemente comprometida e, quando ocorre, sem sucesso pela falta de estratégias comportamentais. A fala expressiva é simplificada e a compreensão da fala de terceiros, muitas vezes, comprometida. Falar de assuntos restritos e de pouco interesse social é frequente e a comunicação não verbal é significativamente inadequada e insuficiente para a manutenção de relações interpessoais. A inflexibilidade cognitiva é perceptível aos observadores e intensa a ponto de comprometer as relações.

Nível 3 (severo) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio muito substancial.

Estão classificados no nível 3 pessoas com comprometimento muito grave na comunicação social verbal e não verbal e cujo comprometimento traz intenso prejuízo ou, até mesmo, impossibilita a ocorrência e a manutenção de interações sociais interpessoais. A busca ou iniciação de um contato social é rara, extremamente limitada ou nem ocorre, bem como as respostas às iniciativas de comunicação de terceiros são severamente limitadas ou inexistentes. Trata-se de pessoas com significativa limitação da fala expressiva e da fala de compreensão, nas quais a inflexibilidade do comportamento gera extrema dificuldade ou incapacidade de lidar com as pequenas alterações das rotinas diárias.

Os comportamentos restritos e repetitivos reduzem suas possibilidades e oportunidades de iniciar e manter relacionamentos interpessoais de modo sustentado ou duradouro.

Referências Bibliográficas

1. E. Bleuler (1911). Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós.
2. Cf. J. Garrabe. Histoire de la schizophrénie. Paris: Seghers, 1992.
3. Kanner L (1943). "Autistic disturbances of affective contact". The Nervous Child. 2: 217–50.
4. Kanner L. "The Paediatric–Psychiatric Alliance". Canadian Medical Association Journal 1938; 38 (1): 71-4.
5. Baron-Cohen S. "The truth about Hans Asperger's Nazi collusion". Nature 2018, 557 (7705): 305-6.
6. Kaelber, Lutz. "Jewish Children with Disabilities and Nazi "Euthanasia" Crimes". The Bulletin of the Carolyn and Leonard Miller Center for Holocaust Studies 2013, 17: 16-23.
7. Czech H. "Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna". Molecular Autism 2018; 9: 29.
8. Fisher, David James: Bettelheim: Living and Dying, Contemporary Psychoanalytic Studies, Amsterdam, New York: Brill/Rodopi, 2008.
9. Pollak, Richard: The Creation of Dr. B: A Biography of Bruno Bettelheim, Simon & Schuster, New York, 1997.
10. Wing L, Gould J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", Journal of Autism and Developmental Disorders 1979, 9: 11-29.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
12. MT, Van der Gaag RJ, Schwartzman JS. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. Rev. Bras. Psiquiatr. 2006; 28 (S1): 12-20.
13. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - DSM-IV. São Paulo: Manole, 1994.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

por Lucelmo Lacerda

Na década de 1980, surgiu um movimento chamado de Medicina Baseada em Evidências, cujo objetivo era o de fazer com que os médicos utilizassem sempre a melhor informação científica para o tratamento de seus pacientes, ao invés de ficarem por toda a vida ligados a práticas antigas, do tempo de sua formação ou, pior ainda, aderissem a tratamentos exóticos e sem comprovação científica, colocando a vida dos pacientes em risco.

Este movimento foi extremamente bem-sucedido e fez a Medicina avançar rapidamente nas últimas décadas, em um ritmo jamais visto. Além da conscientização dos médicos, houve mudança nas grades curriculares das Universidades e, em alguns países, na legislação vigente, vinculando o exercício da Medicina às práticas baseadas em evidências. E um dos fatos mais relevantes foi o desenvolvimento de um campo de estudo para organizar estas evidências em um esquema que permitisse hierarquizá-las.

Isto está relacionado a um conceito importante, que é o de *validade externa*. Digamos que eu faça uma pesquisa com 3 pessoas que tenham pedra nos rins e eu lhes dê um composto que elimine completamente a dor. Seria o suficiente para eu dizer que este composto funciona para todas as pessoas? Não, com certeza. Mas e se fossem 10, 20, 30, enfim, quantas pessoas seriam necessárias?

Este é um desafio metodológico e estatístico. Quando a pesquisa utiliza desenhos de pesquisas fortes, com grande número de pessoas (o grande, aqui, é bem específico, calculado a partir da população pesquisada) e replicações independentes, aí alcançamos a validade externa suficiente para dizer que este procedimento vale para uma grande proporção da população. É neste momento que afirmamos que algo tem evidência. Portanto, é um processo extremamente rigoroso e podemos ter certeza de que quando dizemos que algo tem evidência, nós o dizemos porque foram pesados os prós e contras desse medicamento, dessa suplementação ou dessa intervenção. E há uma clara vantagem em se utilizar deste apoio (a depender, naturalmente, de cada indivíduo).

A primeira questão, portanto, seria pensar um critério, ou seja, o que seria necessário para um conhecimento ser considerado “evidente”? Que características as pesquisas precisariam ter para produzir “evidências? São 3 os critérios distintivos:

a) Relevância – certo conhecimento precisa realmente ser relevante em alguma situação aplicada, ser contra ou a favor de certa aplicação – pode-se produzir, por exemplo, uma pesquisa que indica que determinado tratamento, para autismo, não funciona ou, ainda, que faz mal (contra) ou que diminui comportamento agressivo (a favor);

b) Suficiência – é preciso corroborar outras pesquisas de mesmo tipo, somando comprovações – há critérios estatísticos de amostragem e confiabilidade numérica;

c) Veracidade – garantias de que o processo de coleta de dados não foi contaminado por distorções (há métodos para isso) e livre também de conflitos de interesses (THOMAS, 2007);

Selecionando estes três critérios e correlacionando-os com os desenhos de pesquisa existentes, foi elaborada uma forma de dispor esses conhecimentos de forma hierárquica. Existem algumas formas ligeiramente diferentes de pensar, às quais chamamos de “pirâmide da evidência”, que vai desde o nível mais baixo até o mais confiável, mas as diferenças são pequenas, havendo razoável consenso neste campo. Em se tratando de uma pirâmide, apresentamos do nível mais alto para o mais baixo:

- 1º Revisão Sistemática e Metanálise
- 2º Ensaio Randomizado
- 3º Ensaio não randomizados com grupo controle
- 4º Estudos observacionais
- 5º Estudos não experimentais
- 6º Opinião de especialista (HARBOUR & MILLER, 2010)

Se esta é a pirâmide, o que consideramos que seja uma intervenção com evidência é aquela que apareceu com esta classificação em uma Metanálise, Revisões Sistemáticas e Ensaio Clínico Randomizado com certas características, estes são os estudos que estão no nível mais alto de evidência.

As Metanálises são estudos de Revisão Sistemática de um tipo específico, que busca agregar resultados de estudos comparáveis e que “combina os efeitos dos tratamentos nos estudos individuais em um efeito de tratamento ‘de conjunto’ para todos os estudos combinados e/ou para subgrupos específicos de estudos ou pacientes, e faz inferências estatísticas (MORTON, 1999 *apud* DAVIES, 2007, p. 34).

Já a Revisão Sistemática, segundo Sampaio e Mancini (2007, p. 2):

[...] é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras¹.

Quando ao Ensaio Clínico Randomizado, ele pode ser assim definido:

[...] um estudo prospectivo que compara o efeito e valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) com controles em seres humanos, no qual o investigador distribui o fator de intervenção a ser analisado de forma aleatória através da técnica da randomização; dessa forma, os grupos experimentais e de controle são formados por um processo aleatório de decisão. Pode se referir a fármacos, técnicas ou procedimentos^{1,2}. O termo eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados. Efetividade refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano².

Esta forma de fazer medicina foi tão bem sucedida, com um avanço tão rápido da prática médica em tão pouco tempo, que sua lógica passou a ser adotada por outros campos de intervenção na vida humana, sendo aproveitada, por exemplo, na Psicologia (LEONARDI, 2016) no Serviço Social (SMITH, 2004), Educação (THOMAS & PRING, 2007), Terapia Ocupacional (LAW, BAUM & DUNN, 2005) entre outras áreas de intervenção.

O autismo, evidentemente, não poderia ficar de fora, sobretudo quando levamos em consideração que há uma janela de oportunidades até os 3 anos e que não se repete em nenhuma outra fase da vida. Não é possível “ficar tentando” para “ver o que dá certo”. É preciso, isto sim, apoiar-se no que temos certeza e investir ao máximo nas certezas.

Os EUA aprovaram duas leis fundamentais: *No Child Left Behind*, 2002 e depois o *Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, 2004. Ambas reafirmam um elemento essencial, ou seja, só é permitido usar dinheiro federal, no país, se houver evidências de que ele está sendo bem usado, que a intervenção financiada possui evidências de eficácia. Esta legislação lançou os

holofotes sobre as metanálises para os tratamentos do autismo, que passaram a ter o poder vinculativo de “liberação” de verbas do governo estadunidense.

Foram muitas as Revisões Sistemáticas - com ou sem Metanálise - produzidas no mundo a respeito do autismo. Não falaremos de todas elas, mesmo porque seus resultados são semelhantes, com ligeiras diferenças na forma de abordar as intervenções. Concentrar-nos-emos em somente duas iniciativas: a maior de todas, mais completa, que aborda os tratamentos com evidência, os sem evidência. E aquelas cujas evidências sugerem inclusive que podem ser prejudiciais - o *National Standard Project* - que descreve qual é a melhor intervenção global em autismo. E descreveremos melhor a Revisão Sistemática do *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team* - NCAEP, denominado *Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism*, que foi publicada em 2020 e tem uma revisão traduzida em português³.

Sugiro, veementemente, que NÃO confiem neste autor. Veja bem: ele tem todo o interesse em dizer que uma coisa é melhor do que outra para vender mais. Conheço esse tipo e com certeza não é de confiança.

Eu sei que parece confuso, mas eu sugiro que se mantenham em estado de alerta, desconfiando, posto que todos têm seus interesses. Ao mesmo tempo, eu sei que você está se perguntando “Mas se não posso confiar em ninguém, como vou saber o que é melhor para meu filho/cliente/aluno com autismo?” Pois a resposta é simples: leia você mesmo as evidências científicas disponíveis. Vamos lhe apresentar, brevemente as informações disponíveis nos estudos citados. E o melhor caminho, para você, é acessar os estudos originais, conferir o que dissemos e ampliar os seus conhecimentos.

O National Standard Project

O *National Standard Project* é um projeto do *National Autism Center* - NAC, nos Estados Unidos. Este órgão é parte do *May Institute* e seu objetivo é realizar pesquisa aplicada para o TEA e compartilhar informações com a população, sobretudo pais, professores e terapeutas sobre estes tratamentos. A perspectiva do

NAC é o da utilização de práticas baseadas em evidências para o tratamento do TEA.

Foi publicada uma primeira fase deste projeto no ano de 2009 com as evidências disponíveis até aquele momento. E uma segunda fase no ano de 2015⁴, incorporando os estudos analisados na primeira fase e novos estudos publicados entre um período e outro, constituindo, portanto, uma base não só enorme, mas absolutamente atual.

Este projeto se propôs a alguns objetivos:

- Apresentar a força da evidência que apoia tratamentos educacionais e comportamentais centrados nas características principais desses distúrbios neurológicos [o TEA];
- Descrever a idade, o diagnóstico e as habilidades/comportamentos visando à melhoria, associada às opções de tratamento;
- Identificar as limitações do corpo atual de pesquisa sobre o tratamento do autismo;
- Oferecer recomendações para se envolver em práticas baseadas em evidências para o TEA⁵.

O NSP de 2015 descreveu 14 práticas com evidência para autismo, elas são, em sua maioria, práticas focais, isto é, que têm por objetivo atuar em uma questão específica, mas também trouxe uma prática global, e é esta que iremos apresentar agora:

Intervenção Intensiva e Precoce

Trata-se de um modelo de intervenção que é considerado o tratamento prioritário para o Transtorno do Espectro Autista e deve ter algumas características fundamentais:

1. Ser precoce – a lógica da precocidade é simples, quanto antes começar a intervenção, tanto melhor⁶, mas o encaminhamento à intervenção depende do diagnóstico, como se dá nas pesquisas, ou na sinalização de risco para autismo, que não é feita logo após o nascimento, mas com o aparecimento de sinais do Transtorno do Espectro Autista. De toda sorte, o período de cobertura da pesquisa vai entre 0 e 9 anos de idade;

2. Ser intensiva – a lógica da intensidade é similar, podendo ser

explicitada pela assertiva “quanto mais intensiva, melhor”⁷, em que a intervenção é feita entre 25h e 40h semanais, com mais o treinamento de pais;

3. Ser íntegra - a intervenção precisa implementar, de forma íntegra, a intervenção e de maneira tão rigorosa quanto apresentada nas pesquisas, de modo que a implementação da intervenção, ainda que intensiva e precoce, torne-se eclética e não perca a efetividade⁸.

4. Ser distendida no tempo - infelizmente, a intervenção não é realizada em pouco tempo, mas a cobertura das pesquisas é de 2 a 3 anos de intervenção intensiva e precoce, sendo que grande parte das crianças necessita da intervenção para toda a vida.

Esta intervenção é fruto de avaliação e planejamento de um Analista do Comportamento, que mantém o caso sob supervisão minuciosa e implementada por um Acompanhante Terapêutico ou Mediador Escolar. Na avaliação, são descritas as habilidades em déficit no repertório do indivíduo, isto é, tudo o que ele deveria fazer por sua idade ou pelo contexto em que vive e não o faz ainda, como falar, imitar, parear, entre outros. E tudo o que está em excesso, ou seja, gritar, chorar, machucar-se. Isso normalmente é feito por meio de protocolos de avaliação comportamental, tais como ABLLS-R, VB-MAPP, PEAK, entre outros. Após a avaliação, são escritos programas comportamentais para cada habilidade em déficit possível de ser ensinada naquele momento. E conforme a criança aprende, novos comportamentos alvo são estabelecidos e novos programas escritos.

O conjunto de dados disponíveis sobre este processo de intervenção demonstrou enormes ganhos nos campos da inteligência, da linguagem, das habilidades sociais e do comportamento adaptativo. E boa parte das crianças, a depender de sua genética pessoal, perde todos os prejuízos do Transtorno do Espectro Autista⁹.

Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism, do NCAEP

Além das intervenções globais, há as intervenções focais, isto é,

que se dedicam especificamente a um comportamento que deve ser diminuído, alterado ou aumentado. Essas intervenções focais são, portanto, projetadas para abordar uma única habilidade ou objetivo de um aluno com autismo¹⁰.

Nesta linha, o *National Professional Development Center* - NPDC realizou uma Revisão Sistemática, publicada como artigo científico em 2015¹¹, com financiamento de atualização e que migrou, posteriormente, para o *Clearinghouse*, dando continuidade ao trabalho e produzindo a publicação de 2020 sobre a qual agora nos debruçamos e que trouxe novas práticas com evidência em relação à pesquisa de 2015, além de um reagrupamento de intervenções.

Foram descritas, neste contexto, 28 práticas baseadas focais baseadas em evidências:

1. Intervenções baseadas no antecedente (ABI)¹²

Definição: as intervenções baseadas em antecedentes (ABI) incluem uma variedade de modificações que são feitas no ambiente/contexto em uma tentativa de alterar ou moldar o comportamento de um aluno. As ABIs são tipicamente implementadas após a realização de uma avaliação funcional do comportamento, que pode auxiliar na identificação da função de um comportamento interferente, bem como das condições ambientais que podem ter se ligado a um comportamento ao longo do tempo. Uma vez identificados fatores no ambiente que podem estar reforçando o comportamento interferente, as ABIs são implementadas para modificar o ambiente ou a atividade, de modo que o fator não provoque mais o comportamento interferente. Além de direcionar comportamentos desafiadores, a ABI também pode ser usada para aumentar a ocorrência dos comportamentos ou habilidades desejados. Os procedimentos comuns da ABI incluem:

- 1) modificar atividades, materiais ou cronogramas educacionais,
- 2) incorporar a escolha do aluno nas atividades/materiais do aluno,
- 3) preparar os alunos antecipadamente para as próximas atividades,
- 4) variar o formato, o nível de dificuldade ou a ordem de instruções durante as atividades educacionais,
- 5) enriquecer o ambiente para fornecer pistas adicionais ou acesso a ma-

teriais adicionais; e 6) modificar os horários de entrega e estímulo e reforço. As estratégias da ABI geralmente são usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como Treino de Comunicação Funcional, extinção e reforço.

Um exemplo de estudo com este procedimento foi o *“Use of an Antecedent Intervention to Decrease Vocal Stereotypy of a Student With Autism in the General Education Classroom”*¹³. Neste estudo, uma criança (que emitia muita estereotipia vocal, de modo a atrapalhar seu desempenho como estudante), foi ensinada (diante de um cartão verde) a emitir livremente a estereotipia, ou seja, o cartão verde sinalizava uma condição em que não havia prejuízo. Mas havia o cartão vermelho - que sinalizava prejuízo, por exemplo, na hora em que estava acontecendo a explicação da matéria. Durante o período do ensino, se ele não respeitasse o cartão vermelho, este lhe era colocado 15 centímetros à frente do rosto para que ele prestasse atenção ao sinal. E assim ele aprendeu a não emitir estereotipias vocais, comportando-se de acordo com o contexto no qual estava inserido.

2. Comunicação Alternativa e Aumentativa

Definição: as intervenções de Comunicação Alternativa e Aumentativa (AAC) usam e/ou ensinam o uso de um sistema de comunicação que não seja vocal, incluindo sistemas de comunicação assistida e não assistida. Os sistemas de comunicação não assistidos não usam nenhum material ou tecnologia (por exemplo, linguagem gestual e gestos). Os sistemas de comunicação assistidos incluem sistemas de baixa tecnologia (por exemplo, troca de objetos/imagens ou apontamento para letras) e se estendem a dispositivos de geração de fala de alta tecnologia e aplicativos que permitem que outros dispositivos (ou seja, telefones, *tablets*) sirvam de Aparelhos Geradores de Voz - *Speech Generating Devices* - SGDs. Os métodos de ensino do uso de AAC também estão incluídos nesta categoria (por exemplo, *Aided Language Modeling*), que pode incluir outras EBPs, como estímulo, reforço, suporte visual e intervenções mediadas por pares.

Um exemplo do procedimento está no *“The Effects of PECS Teaching to Phase III on the Communicative Interactions between*

Children with Autism and their Teachers”¹⁴ em que as crianças usam o modelo do Picture Exchange Communication System – PECS, se comunicando por meio de trocas de figura, que podem ser únicas ou formando encadeamentos, até frases. Na pesquisa apontada, houve a disposição de Grupo Experimental, usando PECS e Grupo Controle, sem esta intervenção. As crianças que utilizaram a Comunicação Alternativa passaram a responder mais às interações iniciadas pelos adultos e também passaram a iniciar interações com os adultos com muito maior probabilidade, configurando um exemplo claro de efeito positivo sobre a comunicação destas crianças.

3. Intervenção Momentum Comportamental

Definição: a Intervenção Momentum Comportamental (BMI) é uma estratégia na qual a apresentação da tarefa é modificada para que aqueles que requerem respostas menos trabalhosas (ou seja, sequências de respostas de alta probabilidade) ocorram antes daqueles que exigem respostas mais difíceis (ou seja, sequências de respostas de baixa probabilidade). Isso é feito para que os alunos recebam reforço mais cedo e tenham maior probabilidade de permanecer engajados e persistir com as tarefas ou solicitações mais desafiadoras que se seguem. O BMI pode ser usado nos domínios acadêmico, social, de comunicação e comportamental. Além do reforço, as estratégias de IMC são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como intervenções baseadas em antecedentes e dicas.

Um exemplo de procedimento está em *“Effects of high-probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders”*¹⁵ em que são apresentados a pessoas com autismo atividades que eles têm alta probabilidade de responder positivamente, que já aprenderam, estão acostumados e gostam de fazer e na sequência desses, atividades de baixa probabilidade de resposta, isto é, mais difíceis, que não aprenderam ainda. As respostas foram extremamente positivas, aumentando de maneira significativa a probabilidade de eles responderem nestas situações e também aumentando a probabilidade de se engajarem depois em situações semelhantes, isto é, novas, mesmo

com pessoas que não usaram este mesmo procedimento com elas.

4. Cognitivo Comportamental/ Estratégias de Instrução

Definição: a Intervenção Cognitivo-Comportamental/Estratégias de instrução baseiam-se na crença de que o aprendizado e o comportamento são mediados por processos cognitivos. Os alunos são ensinados a examinar seus próprios pensamentos e emoções e depois usar estratégias passo a passo para mudar seu pensamento, comportamento e autoconsciência. Essas intervenções podem ser usadas com alunos que apresentam comportamentos problemáticos relacionados a emoções ou sentimentos específicos, como raiva ou ansiedade (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental). Essas intervenções também podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades sociais e acadêmicas através de instruções explícitas sobre estratégias de aprendizagem. As intervenções do CBIS são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo modelação, suporte visual, estímulos, reforço, narrativas sociais, instruções e intervenções baseadas em pares e intervenções implementadas pelos pais.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado no estudo "*Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder*"¹⁶, em que foram feitos grupos de intervenção cognitivo-comportamental nos quais as crianças e adolescentes com TEA cumpriram o programa "*Exploring Feelings*" ao mesmo tempo que seus pais, em outro grupo. Neste programa, os atendidos falam sobre como reconhecem suas emoções e aprendem, com a própria descrição e dos amigos, a ter maior capacidade de automonitoramento e auto-regulação, reduzindo especialmente a ansiedade. Nesta mesma categoria, para além da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, como a descrita, também está a instrução direta para o estabelecimento de regras, sobretudo acadêmicas. A prática é aplicável ao autismo leve.

5. Reforçamento Diferencial de Alternativo, Incompatível ou Outros Comportamentos

Definição: o Reforço Diferencial de Comportamento Alternati-

vo, Incompatível ou Outro (DRA / I / O) é um processo sistemático que aumenta o comportamento desejável ou a ausência de um comportamento indesejável, fornecendo consequências reforçadoras para a demonstração/não demonstração desse comportamento. Comportamentos indesejáveis são aqueles que interferem no desenvolvimento, nos relacionamentos e na saúde do atendido (por exemplo, desengajamento, birras, agressão, autolesão). O atendido recebe essa consequência quando: a) o atendido está se engajando em um comportamento desejado específico que não seja o comportamento indesejável (DRA); b) o atendido emite um comportamento fisicamente impossível de executar enquanto exhibe o comportamento indesejável (DRI), ou c) o atendido não está envolvido no comportamento indesejável (DRO). O reforço diferencial é frequentemente usado com outras práticas baseadas em evidências, como a utilização de dicas para favorecer a emissão desses comportamentos mais desejáveis ou incompatíveis com o comportamento interferente.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado em *“Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach”*¹⁷, em que um menino com autismo apresentava um comportamento disruptivo em sala de aula. Este comportamento tinha mais de uma função - o que só é verificado em uma Análise Funcional. Mas para dar um exemplo específico aqui, ele se arranhava como função sensorial. Então, foi-lhe entregue uma bola - que ele poderia apertar durante a aula, ou seja, uma alternativa sensorial que diminuiu a necessidade de se arranhá-lo.

6. Instrução Direta

Definição: a Instrução Direta (DI) na abordagem sistemática do ensino e um pacote instrucional sequenciado que utiliza protocolos ou aulas com script, direcionado ao aluno, e emprega correções sistemáticas e explícitas de erros para promover o domínio e a generalização. A instrução direta é geralmente fornecida a pequenos grupos de alunos e inclui ritmo acelerado, respostas dos alunos, sinais explícitos, procedimentos de correção para respostas incorretas ou não, e modelagem de respostas corretas. A instrução é sequenciada para que os alunos sejam obrigados a domi-

nar os níveis em uma ordem pré-especificada antes de passar para o próximo nível¹⁸.

As intervenções de DI podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades de alfabetização e matemática e são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo estímulo, reforço, modelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism spectrum disorder to answer “Wh-” questions”*¹⁹ em que foi ensinado aos alunos a responder às perguntas “quem”, “o que” e “onde”. Neste experimento, começava-se com uma pergunta e só depois que ela estivesse bem aprendida se passava para a outra. O Professor formou pequenos grupos e apresentou o livro com a pequena história e (a) forneceu uma sugestão verbal, (b) fez uma referência à figura, (c) fez uma pergunta relacionada à habilidade alvo e (d) emitiu um sinal manual para indicar respostas. Os estudantes respondiam em coro. Se algum deles errasse, era feito um procedimento de correção do erro com dicas mais intrusivas, que eram depois retiradas. E passou-se para a segunda fase (para a qual iria direto se ninguém errasse), que era a apresentação individual, com cada estudante, deste mesmo processo, com uma nova pequena história.

7. Ensino por Tentativas Discretas (DTT)

Definição: O Ensino por Tentativas Discretas (DTT) é uma abordagem instrucional individual (geralmente) usada para ensinar habilidades de maneira planejada, controlada e sistemática. A DTT é caracterizada por tentativas repetidas ou agrupadas que têm começo e fim definidos. Na DTT, o uso de antecedentes e consequências é cuidadosamente planejado e implementado. O teste instrucional começa quando o praticante apresenta uma direção ou estímulo claro, o que provoca um comportamento-alvo. Elogios e/ou recompensas tangíveis são usados para reforçar as habilidades ou comportamentos desejados. Os dados geralmente são coletados em todas as avaliações. Outras práticas usadas na

DTT incluem análise de tarefas, solicitação, atraso de tempo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”²⁰, em que se faz um levantamento dos processos de ensino dos operantes verbais e de seus pré-requisitos, como a imitação, a partir do Ensino por Tentativas Discretas, que consiste em: a) preparar o ambiente; b) conseguir a atenção do aprendiz; c) apresentar o estímulo discriminativo (a instrução ou modelo, por exemplo); d) ajudar se o aprendiz não realizar; e) reforçar se o aprendiz acertar ou fazer um procedimento de correção se o aprendiz errar; f) dar uma pausa e recomeçar (pode haver outros passos a depender do ensino).

8. Exercício e Movimento (EXM)

Definição: intervenções via Exercício e Movimento (EXM) incorporam o uso de esforço físico e/ou movimentos corpo/mente (*mindful*) objetivando uma variedade de habilidades e comportamentos. O exercício pode ser usado como uma atividade antecedente para melhorar desempenho em uma tarefa ou comportamento ou para aumentar aptidão física e habilidades motoras. As atividades com movimento podem incluir atividades esportivas/recreativas, artes marciais, ioga ou outras práticas corpo/mente (*mindful*) com foco em grupos específicos de técnicas e habilidades motoras. Intervenções via EXM podem envolver aquecimento/volta à calma, atividades aeróbicas, de força, alongamentos e/ou habilidades motoras complexas e podem ser desempenhadas individualmente ou em ambientes em grupo/equipe. O uso de EXM é frequentemente combinado com dicas, modelação, reforçamento e suportes visuais²¹.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder*”²², em que os estudantes realizavam uma atividade física de 20 minutos de manhã e depois uma série de paradas para novos exercícios, de 1 a 5 minutos, o que fazia com que as atividades posteriores tivessem muito menor probabilidade de serem perturbadas por comportamentos desafi-

adores, como agressividade contra si ou contra outrem, gritos, entre outros.

9. Extinção (EXT)

Definição: extinção (EXT) é a remoção de consequências reforçadoras de um comportamento desafiador a fim de reduzir a ocorrência futura desse comportamento. O procedimento de extinção depende da identificação precisa da função do comportamento e das consequências que podem estar reforçando sua ocorrência. A consequência que se acredita reforçar a ocorrência do comportamento desafiador do alvo é removida, resultando em uma diminuição do comportamento alvo. Um aumento inicial no comportamento desafiador (geralmente chamado de “explosão de extinção”) é comum antes de eventualmente ser extinto. A extinção não deve ser usada isoladamente. Outras práticas usadas em combinação com a extinção incluem reforço diferencial e avaliação do comportamento funcional.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Function-based intervention to support the inclusion of students with autism”²³ em que os estudantes eram instruídos a levantar as mãos para pedir o que necessitassem. Este procedimento era combinado com diversos outros, como o reforçamento dos pedidos adequados, dando alternativas funcionais para o indivíduo se comunicar e ter acesso aos reforçadores.

10. Avaliação Funcional do Comportamento

Definição: A avaliação do comportamento funcional (FBA) é uma maneira sistemática de determinar a função ou o objetivo de um comportamento, para que um plano de intervenção eficaz possa ser desenvolvido. O FBA consiste em descrever o comportamento interferente ou problemático, identificar eventos antecedentes e consequentes que controlam o comportamento (às vezes, testados sistematicamente por meio de uma Análise Funcional Experimental), desenvolver uma hipótese da função do comportamento e testar a hipótese. A coleta de dados é uma parte importante do processo do FBA. O FBA é normalmente usado para identificar as funções (que leigamente poder-se-ia chamar de “causas”) de comportamentos interferentes, como automutilação, agres-

são a outros ou comportamentos destrutivos. E deve ser seguido pela criação e implementação de uma intervenção comportamental para abordar o comportamento interferente descrito.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Conducting a Function-Based Intervention in a School Setting to Reduce Inappropriate Behaviour of a Child With Autism”*²⁴ em que foi realizada a avaliação funcional do comportamento de 3 diferentes formas na escola, demonstrando primeiramente que isso é possível, de forma consistente, e tratando, por exemplo, o comportamento do estudante de desengajamento das atividades escolares. Descobriu-se, na avaliação, que este comportamento era mantido pela atenção da professora e, portanto, uma intervenção de extinção + reforço diferencial do engajamento era um dos caminhos a seguir, articulando, portanto, as diversas práticas com evidência.

11. Treino de Comunicação Funcional (FCT)

Definição: o Treino de Comunicação Funcional (FCT) é um conjunto de práticas que substituem um comportamento desafiador que possui uma função de comunicação por comportamentos ou habilidades de comunicação mais apropriadas e eficazes. A FCT é precedida por uma avaliação do comportamento funcional para identificar a função de um comportamento interferente, seguida pelo ensino de uma habilidade de comunicação apropriada que pode servir ao mesmo propósito para o aluno com TEA. A FCT geralmente inclui um procedimento de reforço diferencial, no qual um indivíduo recebe uma resposta alternativa que resulta na mesma classe de reforço identificada como mantendo o comportamento problema. O comportamento problema geralmente é colocado em extinção. O componente distinto da FCT é que a resposta alternativa é uma forma reconhecível de comunicação (por exemplo uma vocalização, sinal manual ou cartão do PECS).

Um exemplo pode ser encontrado na Dissertação de Mestrado *“Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esquiva da tarefa em crianças com TEA”*²⁵ em que os participantes, meninos com autismo em fase escolar, tinham comportamentos desafiadores com a fun-

ção de se esquivar da lição. Foram, então, ensinados a pedir, de forma apropriada, para terem acesso a pausas das atividades. Essas respostas podiam ser vocais, “quero parar”, em sinal ou cartão. E, posteriormente, foram ensinados a reduzir os pedidos de pausa e ficar mais tempo engajados na atividade. Os estudantes diminuiram os comportamentos disruptivos, aumentaram os pedidos verbais esperados, conseguiram diminuir drasticamente as pausas e generalizaram os resultados.

12. Modelação

Definição: a Modelação (MD) envolve a demonstração de um comportamento-alvo desejado que resulta no uso do comportamento pelo aluno e que leva à aquisição do comportamento-alvo. Assim, o aluno está aprendendo uma habilidade específica através do aprendizado observacional. O MD é frequentemente combinado com outras estratégias, como estímulo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning”*²⁶ em que adolescentes com autismo foram expostos a situações em que observavam respostas sociais apropriadas e inapropriadas de adultos e observavam também as apropriadas sendo reforçadas e as inapropriadas não sendo reforçadas e lhes foi ensinado a discriminar entre os dois tipos de respostas. Os adolescentes aprenderam adequadamente a discriminar, por observação, respostas adequadas ou não e a generalizar para outros contextos.

13. Intervenção Mediada por Música (MMI)

Definição: a Intervenção Mediada por Música (MMI) usa a música como um recurso essencial da entrega da intervenção. Isso inclui a Musicoterapia, que ocorre em um relacionamento terapêutico com um musicoterapeuta treinado, além do uso planejado de músicas, entonação melódica e/ou ritmo para apoiar o aprendizado ou desempenho de comportamentos e habilidades-alvo em contextos variados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines For Young*

Children With Autism”²⁷ em que crianças com autismo ganharam uma música (uma para cada criança) com todos os passos, desde a entrada na sala de aula, até o ato de cumprimentar os colegas. A música teve um retorno extremamente positivo, inclusive aumentando expressivamente o número de saudações que lhes eram devolvidas.

14. Intervenção Naturalística

Definição: Intervenção Naturalística (NI) é uma coleção de práticas, incluindo arranjo ambiental e técnicas de interação implementadas durante rotinas diárias e atividades na sala de aula ou no ambiente doméstico do aluno. Essas práticas são projetadas para incentivar comportamentos-alvo específicos com base nos interesses dos alunos, criando habilidades mais complexas que são naturalmente reforçadoras e adequadas à interação. As NIs estão incorporadas em atividades e/ou rotinas típicas nas quais o aluno participa. As práticas de NI emergem de abordagens comportamentais (por exemplo, análise comportamental aplicada) e/ou de desenvolvimento da aprendizagem, e abrangem intervenções que foram notadas como intervenções comportamentais naturalísticas do desenvolvimento (NDBIs; Schreibman *et al.*, 2015) na literatura recente.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA”²⁸ em que outras crianças da escola foram treinadas a interagir em brincadeiras com as crianças com autismo no ambiente natural desta brincadeira (os momentos da escola destinados à atividade), com o reforçador natural da tarefa (que é o aproveitamento da própria brincadeira com os amigos), trabalhando com a motivação da própria criança com autismo.

15. Intervenção Implementada por Pais

Definição: na Intervenção Implementada por pais (PII), os pais são as principais pessoas a usarem uma prática de intervenção com seu próprio filho. Os profissionais ensinam os pais em formato individual ou de grupo (em ambientes domésticos ou comunitários). Os métodos para ensiná-los variam, mas podem incluir instruções didáticas, discussões, modelagem, treinamento ou

feedback de desempenho. O papel dos pais é usar a prática de intervenção para ensinar ao filho novas habilidades, quais sejam: formas de comunicação, maneiras de brincar ou habilidades de autocuidado, o envolvimento do filho na comunicação social e interações e/ou como diminuir comportamentos desafiadores. Depois que os pais são treinados, eles utilizam as intervenções (ou parte delas) com seus filhos. Os pais estão frequentemente implementando outras EBPs incluídas neste relatório (intervenções naturalistas, modelagem de vídeo ou narrativas sociais).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA.”²⁹, feito na Universidade Federal do Pará, no qual pais de crianças com autismo foram ensinados a implementarem Ensino por Tentativas Discretas, uma das práticas com melhor evidência para autismo e comparou-se o desempenho das crianças quando ensinadas por seus pais ou quando ensinadas por profissionais e concluiu-se que não houve diferença significativa entre as intervenções. O processo de treinamento dos pais se dá por meio do Treinamento de Habilidades Comportamentais (*Behavioral Skills Training* - BST), que consiste, basicamente, em a) oferecer a instrução; b) mostrar como se faz; c) pedir para o pai ensaiar a prática; e d) das *feedback* corretivo dos erros e elogiar os acertos.

16. Instrução e Intervenção Mediadas por Pares (PBII)

Definição: na Instrução e Intervenção Mediadas por Pares, a interação social entre pares é a característica definidora da intervenção. Na maioria das vezes, mas nem sempre, o colega do aluno é uma criança neurotípica da mesma idade geral. Existem dois tipos de PBII, caracterizados pelo papel do colega e do professor. Nas instruções e intervenções mediadas por pares (PMIIs), o colega recebe treinamento e talvez orientação de um adulto (pelo professor ou pelo clínico, por exemplo) para fornecer iniciações ou instruções sociais de uma maneira que apoie o objetivo de aprendizagem do aluno com autismo. Em uma variação dessa abordagem, um irmão do aluno pode servir no papel de par (por exemplo, intervenção mediada por irmãos), mas os procedimentos são os mesmos. Nas instruções e intervenções mediadas por adultos

(AMII), o professor ou outros adultos organiza o ambiente social (por exemplo, aproxima as crianças) e fornece treinamento, orientações e / ou reforço para que o aluno e o colega se envolvam na interação social.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with Autism Spectrum Disorder*”³⁰, em que estudantes do equivalente ao Ensino Médio, com desenvolvimento típico, passaram por treinamento para mediar uma intervenção com adolescentes com autismo para melhorar suas habilidades sociais, especificamente as conversas. Os adolescentes foram treinados em três tópicos: (a) Estratégias de conversação (T1); (b) Estratégias para promover a iniciação de conversas (T2); e (c) Estratégias para a introdução de questões de manutenção da conversa. Esses adolescentes aprenderam coisas como fazer contato visual, chamar ou tocar o adolescente com autismo e ajudá-lo a se engajar na conversa (e retirar depois a ajuda), a iniciar uma conversa com dica simples, como o contato visual, ou mais fortes, como falar “agora você que começa” e retirando progressivamente também o apoio e da mesma forma o ensino das questões. Além do treinamento inicial, as interações eram filmadas e os adolescentes eram elogiados pelo acerto e recebiam *feedback* corretivo pelos erros. Ao final, as pessoas com autismo se engajavam mais nas conversas, iniciavam mais interações e mantinham conversas com mais tempo, também com outros adolescentes.

17. Dicas (*Prompting*)

Definição: as Dicas, ou *Prompting* (PP) incluem o suporte dado aos alunos que os ajudam a usar uma habilidade específica. Dica verbal, gestual ou física é dada aos alunos para ajudá-los a adquirir ou se envolver em um comportamento ou habilidade direcionada. Geralmente, as Dicas são dadas por um adulto ou um colega antes ou quando o aluno tenta usar uma habilidade. Esses procedimentos são frequentemente usados em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo atraso e reforço, ou fazem parte de protocolos para o uso de outras práticas baseadas em evidências, como o Treino de Habilidades Sociais,

Ensino por Tentativas Discretas e a Videomodelação. Assim, os procedimentos de Dicas são considerados fundamentais para o uso de muitas outras práticas baseadas em evidências.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual”³¹ em que crianças com o autismo e Deficiência Intelectual eram ensinados a discriminar entre direita e esquerda levantando o braço correspondente à instrução. Ocorre que no começo as crianças eram incapazes de levantar o braço correto, então era dada a dica de imitação, gestual e física (levantava-se o braço do participante). Como é da natureza de toda dica, elas foram gradualmente retiradas (a expressão técnica para isso é “esvanecimento”) e as crianças aprenderam a levantar o braço direito ou esquerdo somente com a instrução, sem a necessidade, ao fim, de qualquer outra dica.

18. Reforçamento

Definição: reforçamento (R) é a aplicação de consequências após a ocorrência de uma habilidade que aumenta a probabilidade de comportamentos compatíveis em situações futuras. O reforçamento inclui reforço positivo, reforço negativo (diferente de punição), reforço não-contingente e economia de fichas. O reforçamento é uma prática fundamental baseada em evidências, na medida em que quase sempre é usada com outras práticas baseadas em evidências, incluindo Dicas, Ensino por Tentativas Discretas, Treino de Comunicação Funcional, Intervenção Naturalística.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando Reforçamento Não Contingente e treino de mando”³² em que se verificou que o comportamento autolesivo (bater com as mãos na cabeça e rosto) era causado sobretudo pelo comportamento de fuga das atividades. O procedimento consistiu em diversas intervenções. Mas uma delas, que nos interessa mais neste tópico, foi o reforçamento não contingente, ou seja, a cada 3 minutos (aproximadamente) eram oferecidos comestíveis e atenção ao estudante, fazendo com que o comportamento autolesivo diminuísse de forma expressiva.

19. Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR)

Definição: a Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR) envolve a introdução de uma dica ou comentário quando ocorre um comportamento-alvo projetado para desviar a atenção do aluno do comportamento-alvo. Especificamente, o RIR é usado predominantemente para abordar comportamentos repetitivos, estereotipados e / ou autolesivo. RIR é frequentemente implementado após a realização de uma avaliação funcional do comportamento (FBA) para identificar a função do comportamento-alvo. E é particularmente útil com comportamentos-alvo persistentes que ocorrem na ausência de outras pessoas, em várias configurações diferentes e durante uma variedade de tarefas. Esses comportamentos geralmente não são mantidos por atenção ou fuga. Em vez disso, é mais provável que sejam mantidos por reforço sensorial e frequentemente resistentes a tentativas de intervenção. O RIR é particularmente eficaz com comportamentos mantidos sensorialmente porque os alunos são impedidos de se envolver em comportamentos-alvo e redirecionados para comportamentos alternativos mais apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Decreasing Vocal Stereotypy of a Youth With Autism in a Classroom Setting”*³³ em que um rapaz com autismo se engajava frequentemente em estereotípias vocais de vários tipos, prejudicando seu desenvolvimento escolar e social. O procedimento deu-se da seguinte maneira: quando ele fazia isso, uma pessoa tocava em seu ombro e, quando ele olhava para a pessoa, uma pergunta bem simples lhe era feita. Se respondida adequadamente, o aluno recebia um elogio – o que criou a oportunidade de quebrar a estereotípias.

20. Autogerenciamento (SM)

Definição: o Autogerenciamento (SM) é um pacote de intervenção que ensina os alunos a regular, de forma independente, seu próprio comportamento. O Autogerenciamento envolve ensinar os alunos a discriminar entre comportamentos apropriados e inadequados, monitorar e registrar com precisão seus próprios comportamentos e entregar, a si mesmos, reforçadores por se comportarem adequadamente. Embora inicialmente os alunos possam

precisar de apoio de adultos para registrar com precisão comportamentos e fornecer auto-reforço, esse apoio desaparece com o tempo. O autogerenciamento é frequentemente usado em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo intervenções mediadas por tecnologia, modelação, videomodelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of a Self-monitoring Application to Reduce Stereotypic Behavior in Adolescents with Autism: A Preliminary Investigation of I-Connect”*³⁴ em que dois adolescentes com autismo que tinham também Deficiência Intelectual aprenderam a usar um aplicativo de celular para responder a cada intervalo de tempo, se estavam emitindo estereotípias vocais ou motoras com as mãos. Este automonitoramento ou autogerenciamento do comportamento fez com que eles emitissem os comportamentos estereotipados em menor frequência do que faziam antes.

21. Integração Sensorial

Definição: a Integração Sensorial® (SI, Ayres, 1989) é uma teoria e prática que tem como alvo a capacidade de uma pessoa de processar e integrar internamente informações sensoriais de seu corpo e ambiente, incluindo informações visuais, auditivas, táteis, propioceptivas e vestibulares. O SI usa atividades personalizadas que desafiam o processamento sensorial e o planejamento motor, incentivam o movimento e a organização própria no tempo e no espaço, utilizam os desafios “na medida” e incorporam o equipamento clínico em atividades intencionais e divertidas para melhorar o comportamento adaptativo. O SI é implementado por Terapeutas Ocupacionais treinados e ocorre principalmente em contextos clínicos.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial”*³⁵ em que crianças com autismo foram individualmente avaliadas e suas dificuldades adaptativas em diversas atividades foram analisadas e em diversos casos formuladas hipóteses para esses prejuízos. Nestes casos, eram formuladas as intervenções de experientiação de estímulos sensoriais apropriados, na medida de

cada necessidade, especialmente de forma lúdica, em jogos e brincadeiras, com a função de atingir a integração sensorial. Os resultados foram estatisticamente significativos em relação ao grupo controle, que participou de atividades usuais e não baseadas na Integração Sensorial.

22. Narrativas Sociais (SN)

Definição: narrativas sociais (SN) são intervenções que descrevem situações sociais, a fim de destacar características relevantes de um comportamento ou habilidade alvo e oferecer exemplos de comportamentos apropriados. As narrativas sociais visam ajudar os alunos a se adaptarem às mudanças de rotina, adaptarem seus comportamentos com base nas dicas sociais e físicas de uma situação, ou a ensinar habilidades ou comportamentos sociais específicos. As narrativas sociais são individualizadas de acordo com as necessidades dos alunos e geralmente são bastante curtas, frequentemente contadas em formato de história e geralmente incluem figuras ou outros recursos visuais. Geralmente escritos em primeira pessoa do ponto de vista do aluno, eles incluem frases que detalham a situação, fornecem sugestões ao aluno de comportamentos apropriados e descrevem os pensamentos e sentimentos de outras pessoas envolvidas na situação.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The Use of Social Stories to Reduce Precursors to Tantrum Behavior in a Student with Autism”*³⁶ em que foram localizados dois momentos em que os comportamentos precursores dos comportamentos disruptivos ocorriam. E, a partir daí, apresentaram-se os comportamentos adequados, em histórias sociais e em primeira pessoa. Dois momentos que eram as transições entre ir à escola e voltar, e o momento do almoço. Nestas histórias, eram descritos os comportamentos apropriados e os reforçadores (adesivos e depois um “prêmio” escolhido) pertinentes ao comportamento adequado. Nos dois casos, o sucesso foi total e os disruptivos praticamente zerados.

23. Treino de Habilidades Sociais

Definição: o Treino de Habilidades Sociais (SST) é uma intervenção em grupo ou individual, projetada para ensinar aos alunos formas de participar de maneira adequada e bem-sucedida

em suas interações com os outros. Isso pode incluir relacionamentos com colegas, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade e parceiros românticos. A maioria das sessões de intervenção inclui instrução direta de conceitos básicos, ensaios (*role-play*) ou prática e *feedback* para ajudar os alunos a adquirir e praticar habilidades de comunicação, brincadeira ou práticas sociais para promover interações positivas com os outros. As técnicas de SST geralmente incluem outras EBPs, como reforço, modelação, dicas, intervenções cognitivo-comportamentais, narrativas sociais, *scripts* e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo "*Social Skills Training to Increase Social Interactions Between Children with Autism and Their Typical Peers*"³⁷ em que os adolescentes participavam de um grupo de Treinamento de Habilidades Sociais, no qual eram demonstradas diversas situações sociais e apresentado modelo de interações sociais apropriadas. Após isso, eles ensaiavam essas situações e, a título de reforço, eram corrigidos nos erros cometidos, havendo reforçamento para os acertos. Este procedimento fez com que os adolescentes respondessem muito mais positivamente às interações sociais nos quesitos cumprimentos, imitação e seguimento de instruções, bem como compartilhamento e resposta aos pedidos de ajuda.

24. Análise de Tarefas (TA)

Definição: a Análise de Tarefas (AT) é o processo de decompor uma habilidade comportamental complexa ou "encadeada" em componentes menores para ensinar uma habilidade. O aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais da cadeia progressivamente, até que toda a habilidade seja dominada (também chamada de "encadeamento direto"). Ou o aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais, começando com a etapa final e retornando progressivamente pela cadeia de habilidades até que toda a tarefa seja dominada desde o início (encadeamento de trás para frente). A Análise de Tarefas também pode ser usada para apresentar uma tarefa inteira a um aluno de uma só vez, com etapas claras sobre como atingir a habilidade do início ao fim. Outras práticas, como reforço, videomodelação ou atraso de tem-

po devem ser usadas para facilitar o aprendizado das etapas menores. À medida em que os passos menores são dominados, o aluno se torna mais independente em sua capacidade de executar a habilidade maior.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo em que diversos estudantes (com autismo ou Deficiência Intelectual) foram ensinados a comprar coisas de que gostavam, de modo independente, no mercado. O primeiro passo do processo foi a observação de pessoas que compravam no mesmo lugar e dividir a tarefa em pequenos pedaços, 28 ao total. Depois os estudantes foram acompanhados a fazerem a lista das coisas que queriam comprar e instruídos sobre como realizar cada um dos 28 passos. Em cada passo realizado, o implementador elogiava o acerto ou corrigia o erro, até que o desempenho fosse satisfatório. Todos demonstraram o desempenho desejado.

25. Instrução e Intervenção Assistida por Tecnologia (TAII)

Definição: Instrução e Intervenções Assistidas por Tecnologia (TAII) são aquelas em que a tecnologia é a característica central de uma intervenção. Dado o rápido aumento da inclusão da tecnologia nas intervenções, essa prática baseada em evidências é mais focada em incluir a tecnologia projetada ou empregada especificamente para apoiar o aprendizado ou o desempenho de um comportamento ou habilidade de um aluno. Intervenções que usam uma forma mais geral de tecnologia para fornecer uma prática com evidência em suporte alternativo (por exemplo, exibindo um suporte visual em um dispositivo móvel, videomodelação, alarme em um telefone como parte do autogerenciamento) não estão incluídas nesta base de evidências. O TAIi inclui tecnologias como robôs, software para computador ou baseado na Web, aplicativos para dispositivos e redes virtuais. Os recursos comuns dessas intervenções são a própria tecnologia (como observado) e procedimentos instrucionais para aprender a usar a tecnologia ou apoiar seu uso em contextos apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Emotiplay’: a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation”*³⁸, no qual um site (<https://>

emotiplay.com/) era utilizado como plataforma na qual a criança ou adolescente com autismo leve (eles usam a expressão “autismo de alto funcionamento”) passava por uma série de atividades, especialmente de reconhecimento de faces, linguagem corporal e integração entre elas. Depois de ver um rosto, por exemplo, escolhiam se ele denotava tristeza, alegria, entre outros sentimentos. E o acerto era reforçado. Depois de uma jornada de treinamento, os participantes demonstraram reconhecer muito melhor as emoções alheias, generalizando os resultados para além do jogo.

26. Atraso de tempo (TD)

Definição: o Atraso do Tempo (TD) é uma prática usada para diminuir sistematicamente o uso de Dicas durante as atividades de ensino. Com este procedimento, é fornecido um breve atraso entre a instrução inicial e quaisquer instruções ou dicas adicionais. A pesquisa, baseada em evidências, concentra-se em dois tipos de procedimentos de Atraso de Tempo: progressivo e constante. Com o atraso progressivo do tempo, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre uma instrução e qualquer solicitação que possa ser usada para obter uma resposta do aluno. À medida em que o aprendiz se torna mais competente no uso da habilidade, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre a instrução e a dica. Em um atraso de tempo constante, sempre é usado um período fixo de tempo entre a instrução e a dica, e isso à medida em que o aluno se torna mais experiente no uso da nova habilidade. O atraso de tempo é sempre usado em conjunto com procedimento de dica (por exemplo, dica de menos para mais, dica simultânea, condução graduada).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Teaching students with autism to read pictures*” em que os pesquisadores mostravam, para as crianças, cartas com desenhos de pessoas, objetos ou ações e os ensinavam a reconhecer cada um deles e formar leituras encadeadas desses desenhos. Após uma fase de Dica simultânea, isto é, em que a tarefa era apresentada e logo em seguida a ajuda para que o estudante não errasse, introduzia-se o Atraso de Tempo, fazendo com que a Dica fosse atrasada em 2 segundos em

cada tentativa, para que o estudante se adiantasse e passasse a emitir o comportamento de forma independente.

27. Videomodelação (VM)

Definição: a Videomodelação (VM) é um método de instrução que usa a tecnologia de vídeo para gravar e apresentar uma demonstração do comportamento ou habilidade almejada. A demonstração é mostrada ao aluno, que então tem a oportunidade de executar o comportamento-alvo no momento ou em um momento posterior. Os tipos de modelagem de vídeo incluem modelo adulto ou par como modelo, auto modelagem de vídeo, videomodelação *point-of-view*, Dica em vídeo e feedback em vídeo. A modelagem de vídeo é frequentemente usada com outras EBPs, como Análise de Tarefas, Dicas e estratégias de Reforçamento.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo brasileiro “Aprendizagem Observacional em Crianças com Autismo: Efeitos do Ensino de Respostas de Monitoramento via Videomodelação”³⁹ em que se ensinava crianças com autismo a nomear personagens criados pela própria pesquisa. No vídeo que assistiam, um pesquisador perguntava a um modelo “O que é isso?” apontando o objeto e o modelo, ou acertava (e tinha acesso a reforçadores) ou errava (e não tinha acesso) e as crianças com autismo aprenderam a nomeação correta, observando e discriminando as condições que davam acesso ao reforçador e modelando seu comportamento a partir do vídeo.

28. Suportes Visuais (VS)

Definição: os Suportes Visuais (VS) são dicas concretas que fornecem informações sobre uma atividade, rotina ou expectativa e / ou suporte para alguma habilidade. Os Suportes Visuais são frequentemente combinados com outras práticas, como Dica e Reforçamento, e também são incorporados em muitas intervenções mais complexas ou pacotes interventivos. Alguns exemplos de Suportes Visuais comuns são: rotinas visuais, agendas visuais, sistemas de trabalho, organizadores gráficos, dicas visuais e *scripts*.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*The relationship between predictability and problem behavior for students with severe*

disabilities”⁴⁰ em que os comportamentos inadequados de crianças com autismo severo foram avaliadas e atingiam altos níveis, mas quando havia o planejamento e apresentação visual das atividades antes da intervenção, possibilitando uma previsibilidade, havia uma queda bastante expressiva de comportamentos inadequados, mesmo quando a atividade era ainda desconhecida, simplesmente pelo fato de ela ter sido apresentada no planejamento do dia.

Considerações Finais

Sendo sintético, a questão basilar é essa: não me parece ético submeter pessoas com o Transtorno do Espectro Autista a práticas sem nenhuma demonstração de efetividade. Centenas de estudos realizados em todo o mundo e as amplas revisões científicas do NAC e NCAEP realizaram o belíssimo trabalho de separar o joio do trigo e indicar quais práticas possuem evidência e podem realmente ajudar as pessoas com autismo a terem melhor qualidade de vida. Nossa tarefa é estudar exaustivamente e dar o melhor de nós, a fim de garantir que a presença de uma deficiência não seja desculpa para privar os autistas de seus Direitos Humanos.

Referências Bibliográficas

1. Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
2. Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.
3. <https://www.terapiaaba.com.br/upload/ebp-traducao-final.pdf>.
4. National Autism Center. Findings and conclusions: National standards project, phase 2. 2015.
5. Randolph, M. A. National Standards Report. National Autism Center, 2009.
6. Clark, Megan Louise Erin et al. School age outcomes of children diagnosed early and later with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 48, n. 1, p. 92-102, 2018.
7. Linstead, Erik et al. Intensity and learning outcomes in the treatment of children with autism spectrum disorder. *Behavior modification*, v. 41, n. 2, p. 229-252, 2017.
8. Howard, Jane S. et al. Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities*, v. 35, n. 12, p. 3326-3344, 2014.
9. Lovaas, O. Ivar. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 55, n. 1, p. 3, 1987.
10. Odom, Samuel L. et al. Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. Preventing school failure: Alternative education for children and youth, v. 54, n. 4, p. 275-282, 2010.
11. Wong, Connie et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 45, n. 7, p. 1951-1966, 2015.
12. As definições que apresentamos são tradução livre do documento do NCAEP.
13. Haley, Janet L.; Heick, Patrick F.; Luiselli, James K. Use of an antecedent intervention to decrease vocal stereotypy of a student with autism in the general education classroom. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 32, n. 4, p. 311-321, 2010. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317107.2010.515527>.
14. Carr, Deborah; Felce, Janet. The effects of PECS teaching to Phase III on the communicative interactions between children with autism and their teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 4, p. 724-737, 2007.
15. Davis, Carol Ann et al. Effects of high probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 25, n. 4, p. 905-916, 1992.
16. Mcconachie, Helen et al. Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, v. 18, n. 6, p. 723-732, 2014.
17. Bruhn, Allison L. et al. Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach. *Behavioral Disorders*, v. 41, n. 1, p. 21-37, 2015.
18. Mais informações podem ser encontradas no National Institute for Direct Instruction (NIFDI) website (www.nifdi.org).

19. Cadette, Jessica N. et al. The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism Spectrum disorder to answer “wh-” questions. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 46, n. 9, p. 2968-2978, 2016.
20. Guerra, Bárbara. Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com transtorno do espectro autista (TEA). 2015.
21. A tradução de termos técnicos teve o apoio do Prof. Dr. Paulo Chereguini, pesquisador em Educação Física aplicada ao Transtorno do Espectro Autista.
22. Cannella-Malone, Helen I.; Tullis, Christopher A.; Kazze, Aline R. Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*, v. 13, n. 4, p. 230-239, 2011.
23. Reeves, Linda M. et al. Function-based intervention to support the inclusion of students with autism. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, p. 379-391, 2013.
24. Camacho, Regina et al. Conducting a function-based intervention in a school setting to reduce inappropriate behaviour of a child with autism. *Behaviour Change*, v. 31, n. 1, p. 65-77, 2014.
25. Michel, Renata Cristina et al. Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esQUIVA da tarefa em crianças com TEA. 2018.
26. Dequinzio, Jaime Ann; TAYLOR, Bridget A. Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 48, n. 1, p. 38-51, 2015.
27. Kern, Petra; Worely, Mark; Aldridge, David. Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 7, p. 1264-1271, 2007.
28. Hernandez, M.A.Z.D. (2017) Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Análise do Comportamento) São Paulo: Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
29. Cesar de Oliveira, J. S. Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 34 páginas. 2017.
30. Bambara, Linda M. et al. A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 27, p. 29-43, 2016.
31. De Carvalho Silva, Elaine; Elias, Nassim Chamel. Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 33, n. 1, 2018.
32. De Garcia, Marcus Vinícius Fonseca; Oliveira, Thais Porlan. Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando reforçamento não contingente e treino de mando. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, v. 12, n. 1, 2016.
33. Wells, Jenny; Collier, Lisha; Sheehy, Patricia H. Decreasing vocal stereotypy of a youth with autism in a classroom setting. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 38, n. 2, p. 164-174, 2016.
34. Crutchfield, Stephen A. et al. Use of a self-monitoring application to reduce stereotypic behavior in adolescents with autism: A preliminary investigation of I-Connect. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 5, p. 1146-1155, 2015.

35. Schaaf, Roseann C. et al. An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 44, n. 7, p. 1493-1506, 2014.
36. Kuttler, Shari; Myles, Brenda Smith; Carlson, Judith K. The use of social stories to reduce precursors to tantrum behavior in a student with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, v. 13, n. 3, p. 176-182, 1998.
37. Gonzalez- Lopez, Adriana; Kamps, Debra M. Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus on autism and other developmental disabilities*, v. 12, n. 1, p. 2-14, 1997.
38. Friedenson-Hayo, S. et al. 'Emotiplay': a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation. *European child & adolescent psychiatry*, v. 26, n. 8, p. 979-992, 2017.

Bibliografia Básica

- Lacerda, Lucelmo. *Transtorno do Espectro Autista: uma brevíssima introdução*. Curitiba: CRV, 2018.
- Bosa, C.A., Teixeira, M.C. *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica*. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- Schwartzman, J. S.; Araújo, C. A. (Orgs) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2011.
- National Autism Center. *Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2*. Free report, 2015. Disponível em: <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/>.
- Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.
- Orsati, F.T. et al. *Práticas para a sala de aula baseadas em evidências*. São Paulo: Memnon, 2015.
- Lacerda, Lucelmo. *Educador ou cuidador? O acompanhante do estudante com autismo em inclusão no Brasil*. Apresentação no 1º Congresso Luso-Brasileiro de TEA e Educação Inclusiva. 2017.
- Capellini, V.L.M.F. *Avaliação das possibilidades do ensino colaborativo no processo de inclusão escolar do aluno com deficiência mental*. 302 fls. Tese (Doutorado em Educação Especial) São Carlos: UFSCar, 2004.
- Bagaiolo, Leila. Guilhardi, Cíntia. Romano, Cláudia. "Análise do Comportamento Aplicada – ABA" In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves de. (Orgs.) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, pp. 278-296.
- Mendes, Enicéia Gonçalves. *A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil*. *Revista Brasileira de Educação*, v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006.
- Mendes, E.G., Almeida, M.A., Williams, L.C.A. (Orgs). *Temas em Educação Especial: avanços recentes*. São Carlos: EDUFSCar, 2009.
- Bueno, J.G.S. *Educação especial brasileira: questões conceituais e de atualidade*. São Paulo: EDUC, 2011.
- Stock, Richard A.; Schulze, Kimberly A.; Mirenda, Pat. *A comparison of stimulus-stimulus pairing*,

standard echoic training, and control procedures on the vocal behavior of children with autism. *The analysis of verbal behavior*, v. 24, n. 1, p. 123-133, 2008.

Ahrens, Erin N. et al. Further evaluation of response interruption and redirection as treatment for stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 44, n. 1, p. 95-108, 2011.

Miguel, Caio F. et al. The effects of response interruption and redirection and sertraline on vocal stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 42, n. 4, p. 883-888, 2009.

Hagopian, Louis P. et al. Response interruption and differential reinforcement of alternative behavior for the treatment of pica. *Behavioral Interventions*, v. 26, n. 4, p. 309-325, 2011.

Ramachandran, V. S. O que o cérebro tem para contar: desvendando os mistérios da natureza humana. Zahar, 2014.

Frith, Uta. *Autism: A very short introduction*. Oxford University Press, 2008.

Iwata, B. A., KAHNG, S. W., Wallace, M. D., & Lindberg, J. S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. In J. Austin & Carr, J.E. (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 61-90). Reno, NV: Context Press.

Matson, Johnny L.; Vollmer, T. R. *User's guide: Questions about behavioral function (QABF)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers, 1995.

Matson, Johnny L. et al. A validity study on the questions about behavioral function (QABF) scale: Predicting treatment success for self-injury, aggression, and stereotypies. *Research in developmental disabilities*, v. 20, n. 2, p. 163-175, 1999.

Sturme, Peter. Assessing the functions of self-injurious behavior: A case of assessment failure. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 331-336, 1994.

Mahoney, Kurt; Wagenen, R.; Meyerson, Lee. Toilet training of normal and retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 4, n. 3, p. 173-181, 1971.

Isaksen, Jørn; Holth, Per. An operant approach to teaching joint attention skills to children with autism. *Behavioral Interventions*, v. 24, n. 4, p. 215-236, 2009.

Law, Mary C.; Baum, Carolyn Manville; Dunn, Winnie. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Slack Incorporated, 2005.

Smith, David (Ed.). *Social work and evidence-based practice*. Jessica Kingsley Publishers, 2004.

Leonardi, Jan Luiz. *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Mankad, Deepali et al. A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Molecular autism*, v. 6, n. 1, p. 18, 2015.

Harbour, Robin; Miller, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ: British Medical Journal*, v. 323, n. 7308, p. 334, 2001.

Davies, Philip. Revisões Sistemáticas e a Campbell Collaboration. In: Thomas, G., Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 31-44.

Thomas, G. Introdução: evidências e prática. In: THOMAS, G., PRING, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.

Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.

**Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências
2020**



EDIÇÃO DE 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

PATROCÍNIO:



APOIO:



REALIZAÇÃO:



ISBN: 978-65-00-12458-3



Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista

Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde

Edição em Português da



Estas diretrizes são fornecidas apenas para fins informativos e não representam aconselhamento profissional ou jurídico. Existem muitas variáveis que influenciam e direcionam a prestação de serviços profissionais da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). The Council of Autism Service Providers (CASP) e os autores destas diretrizes não assumem qualquer responsabilidade pela aplicação dessas diretrizes na prestação de serviços ABA. As diretrizes apresentadas neste documento refletem o consenso de uma série de especialistas no assunto, mas não representam uma única prática aceitável. Estas diretrizes também não refletem ou criam qualquer afiliação entre aqueles que participaram no seu desenvolvimento. O CASP não requer ou garante que estas diretrizes se aplicam ou devem ser aplicadas em todos os contextos. Como alternativa, estas diretrizes são oferecidas como um recurso informativo que deve ser considerado em consultorias com pais, analistas do comportamento, reguladores, financiadores e gestores de planos de saúde.

Copyright © 2014, 2020, 2022 do The Council of Autism Service Providers (“CASP”). Ver. 2.0 (português)

Esta edição em Português foi realizada pela DAXTA (editora) com licença do CASP (autor). Cópias eletrônicas e/ou em papel como parte de todo este trabalho podem ser feitas para fins pessoais, educacionais ou de formulação de políticas públicas, desde que tais cópias não sejam feitas ou distribuídas com fins lucrativos ou vantagem comercial. Não é permitida a distribuição deste documento pela internet. Se desejar compartilhar ou distribuir este documento, a URL da página oficial do autor e/ou editor pode ser usada. Outros usos e/ou distribuições por qualquer outro meio requerem permissão prévia do The Council for Autism Service Providers e da editora da versão em português, DAXTA. Estas instituições podem ser contactadas por info@casproviders.org e contact@daxta.com. Todas as cópias, independentemente do meio, precisam incluir esta nota na primeira página. É permitido utilizar partes do documento desde que se dê o crédito adequado para “Copyright © 2020 do The Council of Autism Service Providers (CASP), todos os direitos são reservados.” Para citações acadêmicas, use a referência abaixo.

The Council of Autism Service Providers. (2022). Tratamento Baseado na Análise do Comportamento Aplicada para o Transtorno do Espectro Autista: Diretrizes Práticas Para Financiadores e Gestores de Saúde (2a ed. em português, L. A. Sump & M. C. Guimarães ed.). DAXTA.



TABELA DE CONTEÚDO

Parte I: Visão Global

SEÇÃO 1: Resumo	3
SEÇÃO 2: Transtorno do Espectro Autista e Análise do Comportamento Aplicada.....	4
SEÇÃO 3: Considerações	5

Parte II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: Treinamento e Credenciamento de Analistas do Comportamento.....	6
SEÇÃO 2: Análise do Comportamento Aplicada no Tratamento do Transtorno do Espectro Autista.....	10
SEÇÃO 3: Avaliação, Formulação de Objetivos de Tratamento, e Mensuração do Progresso do Cliente.....	19
SEÇÃO 4: Autorização de Serviço e Dosagem	22
SEÇÃO 5: Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais	27
SEÇÃO 6: Supervisão de Caso	32
SEÇÃO 7: Trabalhando com Cuidadores e Outros Profissionais.....	37
SEÇÃO 8: Alta, Planejamento de Transição e Continuidade de Suporte	41

Parte III: Apêndices

APÊNDICE A: Critérios de Elegibilidade para Certificação do BACB	42
APÊNDICE B: Bibliografia Seleccionada	45
APÊNDICE C: Notas de Rodapé	46



PARTE I: Visão Global

SEÇÃO 1: RESUMO

O objetivo deste documento é informar a tomada de decisão sobre o uso da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) com a finalidade de desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo alcance prático possível, o funcionamento de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) de maneiras que são ao mesmo tempo eficazes e com um bom custo-benefício.¹

O documento é baseado nas melhores evidências científicas disponíveis e na opinião clínica de especialistas sobre o uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para indivíduos diagnosticados com TEA. As diretrizes têm intenção de servirem como uma introdução breve e fácil de serem usadas na prestação de serviços ABA para o TEA. Estas diretrizes são escritas para financiadores e gestores de saúde, tais como planos de saúde, programas de saúde do governo, empregadores, entre outros. As diretrizes também podem ser úteis para consumidores, prestadores de serviços e órgãos reguladores.

Este documento fornece diretrizes clínicas e outras informações sobre ABA como tratamento para o TEA. Como um tratamento de saúde comportamental, ABA inclui uma série de aspectos e de componentes clínicos únicos para a prestação de serviços. Portanto, é importante que os responsáveis pela construção de uma rede de provedores entendam essas características únicas da ABA.

Esta é a segunda edição deste manual de recursos e continuará a ser periodicamente atualizado para refletir mudanças na prática clínica e nos resultados de pesquisas científicas. Referências e informações adicionais podem ser encontradas nos apêndices.



SEÇÃO 2: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA

1 O que é o TEA?

O TEA é caracterizado por vários graus de dificuldade na interação social, na comunicação verbal e não verbal, e na presença de comportamento repetitivo e/ou interesses restritos.² Devido à variabilidade e apresentação de sintomas, dois indivíduos com diagnóstico de TEA não são iguais em relação a como o transtorno se manifesta e no seu impacto nas famílias. Devido à natureza do transtorno, pessoas com TEA frequentemente não irão atingir a habilidade de funcionar de forma independente sem o tratamento clínico necessário.

2 O que é ABA?

ABA é uma disciplina científica bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas que foca na análise, delineamento, implementação e avaliação de modificações sociais e ambientais para produzir mudanças significativas no comportamento humano. ABA inclui o uso de observação direta, mensuração e análise funcional das relações entre o ambiente e comportamento. ABA usa mudanças nos eventos ambientais, incluindo estímulos antecedentes e conseqüências, para produzir mudanças práticas e significativas no comportamento. Estes eventos ambientais relevantes são geralmente identificados por meio de uma variedade de métodos de avaliação especializados. ABA entende que o comportamento de um indivíduo é determinado por eventos ambientais passados e atuais em conjunto com variáveis orgânicas, tais como dotação genética e variáveis fisiológicas. Assim, quando aplicada ao TEA, a ABA foca em intervir em dificuldades do transtorno por meio de modificações nos ambientes sociais e de aprendizagem do indivíduo.

As diretrizes atuais são específicas para a ABA como um tratamento de saúde comportamental para o TEA. No entanto, a ABA também tem eficácia demonstrada no tratamento de sintomas de diversas condições, incluindo comportamentos destrutivos severos, abuso de substâncias, demência, distúrbios alimentares pediátricos, traumatismo craniano, entre outros.

Os efeitos bem-sucedidos na remediação de deficits centrais do TEA e o desenvolvimento ou restabelecimento de habilidades, que estão documentados em centenas de estudos revisados por pares publicados nos últimos 50 anos, tornou a ABA o tratamento padrão de cuidados para o tratamento do TEA (ver Apêndice B).



SEÇÃO 3: CONSIDERAÇÕES

- Este documento contém diretrizes e recomendações que refletem os resultados de pesquisas e de melhores práticas clínicas. Entretanto, o tratamento individualizado é uma característica definidora e componente integral da ABA, que é uma das razões pelas quais tem sido tão bem-sucedida no tratamento deste transtorno heterogêneo.
- Alguns indivíduos diagnosticados com TEA apresentam comorbidades, incluindo, mas não se limitando, a deficiência intelectual, distúrbios convulsivos, distúrbios psiquiátricos, anormalidades cromossômicas, distúrbios alimentares, distúrbios do sono, distúrbios de eliminação, comportamento destrutivo (por exemplo, autolesão e agressão) e uma variedade de outras condições que requerem tratamento médico adicional. **Estas diretrizes se aplicam a indivíduos com diagnóstico de TEA que apresentam estas comorbidades, já que pesquisas estabeleceram que ABA também é eficaz para esta população de clientes.**
- As diretrizes neste documento são pertinentes ao uso da ABA como um tratamento de saúde comportamental para desenvolver, manter ou restaurar, ao máximo possível, o funcionamento de um indivíduo com TEA.
- Estas diretrizes não devem ser usadas para diminuir a disponibilidade, qualidade ou frequência de serviços de tratamento ABA disponíveis.
- A cobertura do tratamento ABA para TEA por financiadores e gestores de saúde não deve suprimir as responsabilidades de entidades educacionais ou governamentais.
- A especificação da ABA em um programa educacional ou governamental não deve suprimir a cobertura da ABA por financiadores e gestores de saúde.
- O tratamento ABA não deve ser restrito a priori a lugares específicos, mas ao invés, deve ser administrado em lugares que maximizam os resultados do tratamento para o cliente específico.
- Este documento fornece orientação apenas sobre o tratamento ABA; outros tratamentos de saúde comportamental não são abordados.



PARTE II: Características Únicas da Análise do Comportamento Aplicada

SEÇÃO 1: TREINAMENTO E CREDENCIAMENTO DE ANALISTAS DO COMPORTAMENTO

ABA é uma abordagem com enfoque especializado no tratamento de saúde comportamental e a maioria dos programas de graduação ou pós-graduação em psicologia, terapia ocupacional, serviço social ou outras áreas da prática clínica não fornecem uma formação profunda nesta disciplina. Assim, uma compreensão do processo de credenciamento de Analistas Comportamentais pelo Behavior Analyst Certification Board® (BACB®) pode auxiliar os planos de saúde e seus assinantes na identificação daqueles provedores que atendem às competências básicas para praticar ABA.

O treinamento formal dos profissionais credenciados pelo BACB é semelhante ao de outros profissionais da área médica e de saúde comportamental. Ou seja, eles são inicialmente treinados em um ambiente acadêmico e, em seguida, começam a trabalhar em um ambiente clínico supervisionado com clientes. Conforme eles demonstram gradualmente as competências necessárias para gerenciar problemas clínicos complexos com uma variedade de clientes e ambientes de saúde, eles se tornam profissionais independentes. Em resumo, os Analistas do Comportamento passam por uma trajetória rigorosa de treinamento e educação, incluindo um período de “estágio” em que trabalham sob a supervisão direta de um Analista do Comportamento experiente.

Deve-se notar que outros profissionais licenciados podem ter ABA incluído em seu escopo particular de treinamento e competência. Além disso, um pequeno subconjunto de clínicos podem ser licenciados por outra profissão e também possuir uma credencial do BACB, fornecendo assim evidências adicionais da natureza e profundidade de seu treinamento em ABA.

Embora o financiamento da saúde e a gestão de tratamentos de saúde comportamental supervisionados por Analistas do Comportamento sejam relativamente recentes, os Analistas do Comportamento, como outros provedores de saúde médica e comportamental, se baseiam em estratégias e procedimentos documentados na literatura revisada por pares, protocolos de tratamento estabelecidos e em estruturas de tomada de decisão clínica. Eles avaliam continuamente o estado atual do cliente e personalizam as opções de tratamento com base nos resultados da observação direta e dados de uma série de outras avaliações. Os Analistas do Comportamento também solicitam e integram informações do cliente e de membros da família e coordenam intervenções com outros profissionais.

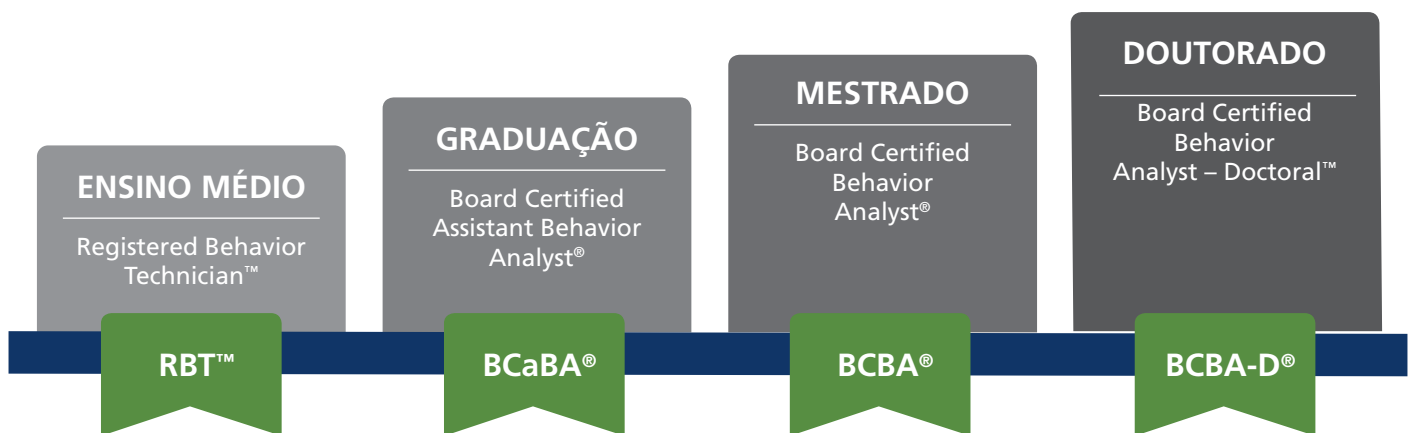
O Behavior Analyst Certification Board

O BACB é uma corporação sem fins lucrativos 501(c)(3) estabelecida para atender às necessidades de credenciamento profissional identificadas por Analistas do Comportamento, governos e consumidores de serviços de análise de comportamento. A missão do BACB é de proteger os consumidores de serviços de análise do comportamento em todo o mundo, sistematicamente estabelecendo, promovendo e disseminando diretrizes profissionais. O BACB estabeleceu conteúdo, diretrizes e critérios uniformes para o processo de credenciamento projetado para atender:

- As diretrizes de padrões legais estabelecidos por meio de leis estaduais, nacionais e jurisprudência;
- As diretrizes que são aceitas para certificação de programas; e
- As “melhores práticas” e padrões éticos da profissão da análise do comportamento.

Os programas de certificação de BCBA e BCaBA são atualmente acreditados pela National Commission for Certifying Agencies (NCCA), o braço de credenciamento do Institute for Credentialing Excellence. NCCA revisa e supervisiona todos os aspectos relacionados em garantir o desenvolvimento e aplicação de processos de credenciamento adequados.

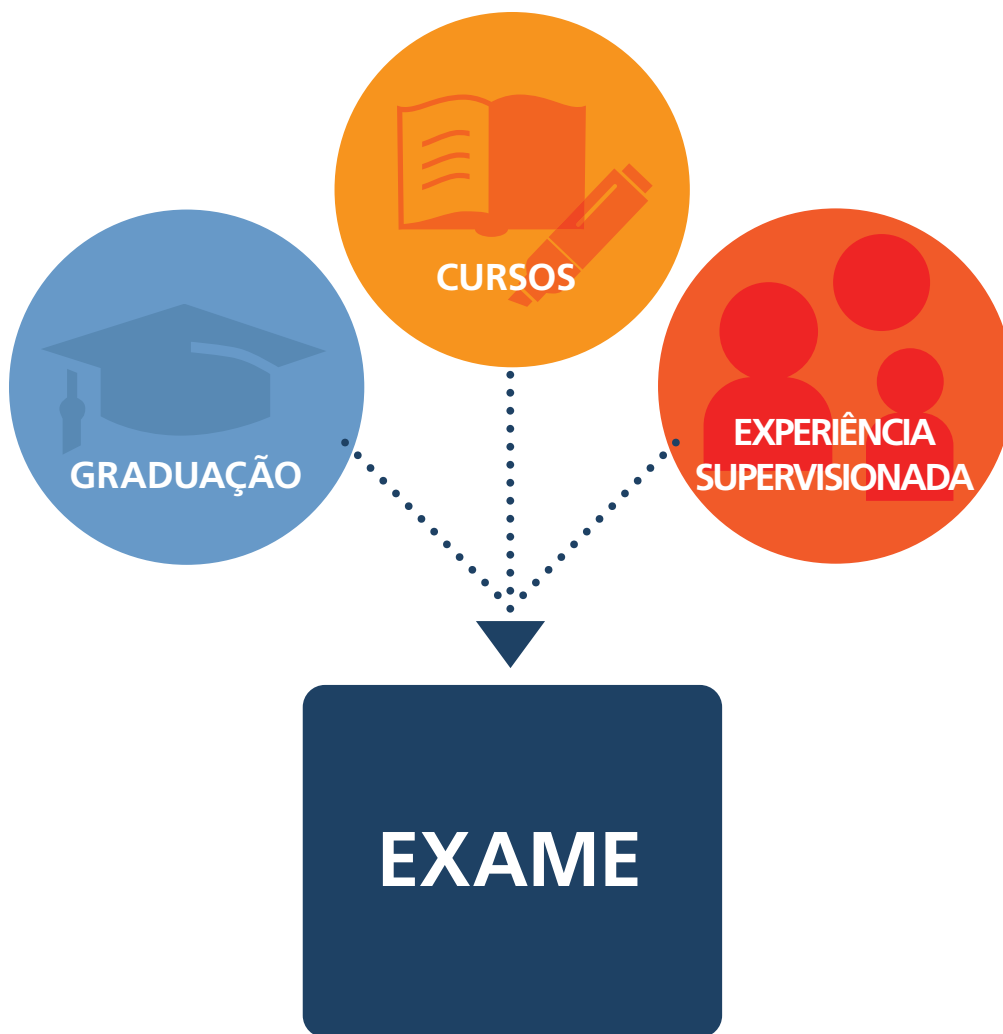
O BACB credencia e reconhece profissionais em quatro níveis:



Praticantes credenciados nos níveis BCBA-D e BCBA são definidos como Analistas do Comportamento. O BACB requer que BCaBAs, ou Analistas Comportamentais Assistentes, trabalhem sob a supervisão de um BCBA-D ou BCBA. RBTs precisam trabalhar sob a supervisão de um BCBA-D, BCBA ou BCaBA. Nota: os critérios para a credencial RBT são descritos na Seção 5 (Modelos de Prestação de Serviço em Camadas e Técnicos Comportamentais).

Critérios de Elegibilidade para Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes

Candidatos que finalizam os requerimentos de qualificação de graduação, cursos e experiência supervisionada descritos na próxima seção, podem fazer o exame para o BCBA ou BCaBA (veja a figura abaixo). Cada exame é desenvolvido profissionalmente para atender aos padrões de exame reconhecidos e é baseado nos resultados de uma análise de trabalho e pesquisa formais. Além disso, todos os exames do BACB são oferecidos sob condições de teste seguros e são administrados e avaliados profissionalmente.



Critérios primários para a certificação pelo BACB

Educação Continuada e Manutenção da Certificação

Os profissionais certificados pelo BACB são obrigados a atestar que seguem as regras éticas e disciplinares da organização (veja abaixo) a cada dois anos e obter 20 (BCaBA) ou 32 (BCBA, BCBA-D) horas* de educação continuada a cada dois anos, quatro dessas horas precisam ser relacionadas a ética profissional. Organizações que empregam Analistas do Comportamento e Analistas do Comportamento Assistentes devem apoiar e fornecer este treinamento conforme necessário.



**créditos de ed. continuada a cada 2 anos*

Procedimentos Disciplinares

Certificantes pelo BACB precisam relatar regularmente qualquer assunto que possa afetar o seu cumprimento ético. Os critérios éticos do BACB podem ser encontrados em www.bacb.com.

O BACB usa um sistema de reclamação online pelo qual a organização é alertada sobre potenciais violações disciplinares. Cada reclamação é avaliada pelo departamento jurídico do BACB e depois, com base no seu mérito, é encaminhada a um comitê para análise e processamento. Os membros do comitê são BCBA ou BCBA-Ds seniors selecionados por seus conhecimentos e independência, e quando aconselhável, inclui um membro da região do certificando. Ações disciplinares para certificantes incluem, mas não estão limitadas a consultoria de aconselhamento, educação continuada obrigatória, suspensão da certificação ou revogação da certificação. Resultados das ações disciplinares são relatadas publicamente online.

Licença de Analistas do Comportamento

As credenciais ou diretrizes da certificação do BACB são atualmente a base para o licenciamento nos estados dos Estados Unidos (EUA) onde Analistas do Comportamento são licenciados. Baseando o licenciamento nas credenciais do BACB tem bom custo-benefício e garante que competências críticas em relação à prática e pesquisa são periodicamente revisadas e atualizadas por profissionais e pesquisadores. Quer seja usado como base para o licenciamento ou como uma credencial "independente", as credenciais de certificação do BACB são reconhecidas nos estados onde as leis de reforma de seguro de saúde foram promulgadas e em outros estados também.



SEÇÃO 2: **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

A Análise do Comportamento Aplicada é uma disciplina bem desenvolvida entre as profissões que buscam auxiliar pessoas, com um corpo de conhecimento científico substancial, com diretrizes estabelecidas para a prática baseada em evidências, com métodos distintos de prestação de serviços, com critérios educacionais e experiência reconhecidos para a prática e com critérios necessários identificados para a educação nas universidades. Os profissionais da ABA se dedicam ao uso específico e abrangente de princípios de aprendizagem, incluindo a aprendizagem operante e respondente, para atender às necessidades de indivíduos com TEA em diversos ambientes. Os serviços são prestados e supervisionados por Analistas do Comportamento com especialização e treinamento formal em ABA para o tratamento específico do TEA.

1 Identificando ABA

Financiadores e gestores de saúde precisam ser capazes de reconhecer as seguintes características centrais da ABA:

1. Uma avaliação objetiva e análise da condição do cliente pela observação de como o ambiente afeta o comportamento do cliente, conforme evidenciado por meio da coleta de dados adequada.
2. Importância dada a compreensão do contexto do comportamento e o valor do comportamento para o indivíduo, família e comunidade.
3. Utilização dos princípios e procedimentos da análise do comportamento de forma que a saúde do cliente, independência e qualidade de vida sejam melhoradas.
4. Avaliação objetiva, consistente e contínua e análise dos dados para informar a tomada de decisão clínica.

2 Elementos Essenciais para a Prática da ABA

As quatro características principais listadas anteriormente devem ser evidentes em todas as fases da avaliação e do tratamento manifestando-se nos seguintes elementos essenciais da prática profissional:

1. **Avaliação abrangente** que descreve os níveis específicos do comportamento durante a linha de base e informa o subsequente estabelecimento dos objetivos do tratamento.
2. **Uma ênfase na compreensão do valor atual e futuro** (ou relevância social) do(s) comportamento(s) selecionado(s) para tratamento.
3. Um enfoque prático no **estabelecimento de pequenas unidades de comportamento**, que de forma cumulativa, levam a mudanças mais significativas no funcionamento relacionados à melhoria da saúde e níveis de independência.
4. Coleta, quantificação e análise de **dados observados diretamente** em comportamentos alvo durante tratamento e acompanhamento para maximizar e manter o progresso em direção aos objetivos do tratamento
5. Esforços para **delinear, estabelecer e gerenciar o(s) ambiente(s) social(is) e de aprendizagem** para minimizar comportamento(s) problema e maximizar a taxa de progresso em direção a todos os objetivos.
6. Uma abordagem para o tratamento do comportamento problema que **conecta a função** (ou o motivo) do comportamento às estratégias de intervenção programadas.
7. Uso de um **plano de tratamento analítico-comportamental cuidadosamente construído, individualizado e detalhado** que utiliza reforçamento e outros princípios comportamentais e exclui o uso de métodos ou técnicas que não tenham consenso sobre sua eficácia com base na evidência das publicações revisadas por pares.
8. Uso de **protocolos de tratamento que são implementados repetidamente, frequentemente e consistentemente** através dos ambientes até que os critérios de alta sejam atendidos.
9. Uma ênfase na **avaliação direta contínua e frequente, análise e ajustes no plano de tratamento** (pelo Analista do Comportamento) com base no progresso do cliente, conforme determinado por observações e análise objetiva dos dados.
10. **Apoio direto e treinamento de familiares e outros profissionais envolvidos** para promover funcionamento otimizado e promover generalização e manutenção de melhorias comportamentais.
11. Uma **infraestrutura abrangente para supervisão** de toda avaliação e tratamento por um Analista do Comportamento.



3 Modelos de Tratamento

Os programas de tratamento ABA para o TEA incorporam descobertas de centenas de estudos aplicados focados na compreensão e tratamento do TEA publicados em periódicos revisados por pares ao longo de um período de mais de 50 anos. O tratamento pode variar em termos de intensidade e duração, complexidade e alcance dos objetivos do tratamento, e da extensão do tratamento fornecido diretamente. Muitas variáveis, incluindo o número, complexidade e intensidade dos comportamentos alvo e a própria resposta do cliente ao tratamento ajuda a determinar qual modelo é o mais apropriado. Embora os modelos de tratamento sejam existentes em um contínuo, estas diferenças podem ser geralmente categorizadas como um dos dois modelos de tratamento: Tratamento ABA Focado ou Abrangente.³

Tratamento ABA Focado

Descrição do Serviço

ABA Focado refere-se ao tratamento fornecido diretamente ao cliente para um número limitado de comportamentos alvo. Isto não é restrito por condições de idade, nível cognitivo ou comorbidades.

O tratamento ABA Focado pode envolver o aumento de comportamento socialmente apropriado (por exemplo, aumento de iniciações sociais) ou redução de comportamento problema (por exemplo, agressão) como alvo principal. Mesmo quando a redução do comportamento problema é o objetivo principal, é fundamental também focar no aumento dos comportamentos alternativos apropriados, porque a ausência de comportamentos apropriados é muitas vezes o precursor de distúrbios comportamentais graves. Portanto, o tratamento ABA Focado também é adequado para indivíduos que precisam adquirir habilidades (por exemplo, comunicação, tolerância de mudanças nos ambientes e em atividades, autoajuda, habilidades sociais).

Os planos do ABA Focado são apropriados para indivíduos que (a) precisam apenas de tratamento para um número limitado de habilidades funcionais ou (b) têm um comportamento problema tão agudo que seus tratamentos devem ser priorizados.

Tratamento ABA Focado pode envolver aumento de comportamento socialmente apropriado... ou redução de comportamento problema.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Focado, cont.

Exemplos de habilidades funcionais importantes incluem, mas não estão limitados ao, estabelecimento de seguimento de instruções, habilidades de comunicação social, seguimento de procedimentos médicos e odontológicos, higiene do sono, habilidades de autocuidado, habilidades de segurança e habilidades de lazer independentes (por exemplo, participação apropriada em atividades da família e da comunidade). Exemplos de comportamentos problema graves que requerem intervenção focada incluem, mas não estão limitados a, autolesão, agressão, ameaças, pica, fuga, distúrbios alimentares, comportamento estereotipado motor ou vocal, destruição de propriedade, oposição em seguir as rotinas básicas e comportamento disruptivo ou comportamento disfuncional social.

Ao priorizar a ordem para abordar múltiplos alvos do tratamento, o seguinte deve ser considerado:

- **Comportamento que ameace a saúde ou segurança do cliente ou outros ou que constitua uma barreira à qualidade de vida** (por exemplo, agressão severa, automutilação, destruição de propriedade, ou oposição);
- **Ausência de habilidades adaptativas, sociais ou funcionais adequadas ao desenvolvimento que são fundamentais para manter a saúde, inclusão social e maior independência** (por exemplo, ir ao banheiro, vestir-se, alimentar-se e seguir os procedimentos médicos).

Quando o foco do tratamento envolve o aumento do comportamento socialmente apropriado, o tratamento pode ser administrado tanto em formato individual ou grupo pequeno. Quando conduzido em um grupo pequeno, pares com desenvolvimento típico ou indivíduos com diagnósticos semelhantes podem participar da sessão. Membros da equipe analítico-comportamental podem orientar a prática dos objetivos comportamentais entre os clientes e outras pessoas que participam das sessões. Como em todos os tratamentos, é essencial programar a generalização das habilidades para fora da sessão.

Quando o foco do tratamento envolve a redução de comportamento problema grave, o Analista do Comportamento irá determinar quais são as situações mais prováveis de precipitar um comportamento problema e, com base nessas informações, começar a identificar seu potencial propósito (ou “função”). Isso pode exigir a realização de um procedimento de análise funcional para empiricamente demonstrar a função do comportamento problema. Os resultados permitem que o Analista do Comportamento desenvolva o protocolo de tratamento mais eficaz. Quando a função do comportamento problema for identificada, o Analista do Comportamento elaborará um plano de tratamento que altere o ambiente para reduzir a motivação para o comportamento problema e/ou estabeleça um comportamento novo mais apropriado que tenha a mesma função e, portanto, “substitui” o comportamento problema.

Em alguns casos, indivíduos com TEA exibem transtornos graves de comportamento concomitantes que requerem um tratamento focado em ambientes mais intensivos, como ambulatórios especializados, tratamento dia, programas residenciais ou de internação. Nestes casos, estes transtornos de comportamento têm diagnósticos separados e distintos (por exemplo, Transtorno do Movimento Estereotipado com comportamento de autolesão grave). Os serviços ABA prestados nesses ambientes geralmente exigem taxas mais altas de funcionários por cliente (por exemplo, dois a três funcionários para cada cliente) e orientação de perto, no próprio local, do Analista do Comportamento. Além disso, esses programas de tratamento muitas vezes têm ambientes de tratamento especializados (por exemplo, salas de tratamento projetadas para observação e para manter os clientes e os funcionários o mais seguro possível).

Tratamento ABA Abrangente

Descrição do Serviço

ABA Abrangente refere-se ao tratamento dos vários domínios do desenvolvimento afetados, como cognitivo, comunicativo, social, emocional e funcionamento adaptativo. Comportamentos mal-adaptativos, como oposição, birra e estereotipia também costumam ser o foco do tratamento. Embora existam diferentes tipos de tratamento abrangente, um exemplo é a intervenção comportamental precoce e intensiva, onde o objetivo maior é fechar a lacuna entre o nível de funcionamento do cliente e dos pares com desenvolvimento típico. Esses programas tendem a variar de 30-40 horas de tratamento por semana (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento de cuidadores). Inicialmente, este modelo de tratamento normalmente envolve um profissional 1:1 cliente e gradualmente inclui formato de pequenos grupos conforme apropriado. O Tratamento Abrangente também pode ser apropriado para indivíduos mais velhos diagnosticados com TEA, particularmente se eles engajam em comportamentos graves ou perigosos em vários ambientes.

Inicialmente, o tratamento é normalmente fornecido em sessões de terapia estruturadas, que são integradas com métodos mais naturalísticos conforme apropriado. Quando o cliente progride e alcança os critérios estabelecidos para participação em ambientes maiores ou diferentes, o tratamento nesses ambientes e na comunidade mais ampla devem ser fornecidos. Treinar membros da família e outros cuidadores para gerenciar comportamentos problema e interagir com o indivíduo com TEA de forma terapêutica é um componente crítico deste modelo de tratamento.



Modelos de Tratamento > Tratamento ABA Abrangente, cont.

Componentes Típicos do Programa

Os componentes do tratamento devem geralmente refletir as seguintes áreas (ordenados alfabeticamente):

- Assertividade e independência
- Atenção compartilhada e referência social
- Auto gerenciamento
- Desenvolvimento emocional
- Funcionamento cognitivo
- Habilidades adaptativas e de autocuidado
- Habilidades de brincadeiras e lazer
- Habilidades de enfrentamento e tolerância
- Habilidades de segurança pessoal
- Habilidades pré-acadêmicas
- Habilidades vocacionais
- Linguagem e comunicação
- Participação na comunidade
- Redução de comportamentos de interferências ou inadequados
- Relações familiares
- Relações sociais

Para informações sobre a intensidade e duração do tratamento para vários Tratamentos Focais e Abrangentes, consulte a Seção 4 (Autorização de Serviço e Dosagem).

4 Variações Dentro Destes Modelos

Os programas de tratamento dentro de qualquer um destes modelos variam ao longo de várias dimensões programáticas, incluindo o grau em que eles são primariamente orientados pelo provedor ou pelo cliente (às vezes descritos como “estruturado vs. naturalista”). Outras variações incluem até que ponto os pares ou pais estão envolvidos na administração do tratamento. Finalmente, alguns diferem em grau no sentido de que fazem parte de uma “marca” disponível comercialmente.

As decisões sobre como essas várias dimensões são implementadas nos planos de tratamento individuais precisam refletir muitas variáveis, incluindo a base de pesquisa, a idade do cliente, aspectos específicos dos comportamentos alvo, a taxa de progresso do cliente, demonstração de habilidades pré-requisitos e recursos necessários para dar suporte a implementação do plano de tratamento através de contextos.

5 Procedimentos ABA Empregados Nestes Modelos

Um grande número de procedimentos ABA são rotineiramente empregados dentro dos modelos descritos anteriormente. Eles diferem uns dos outros em sua complexidade, especificidade e na extensão em que foram projetados primariamente para uso com indivíduos diagnosticados com TEA. Todos são baseados nos princípios da ABA e são empregados com flexibilidade determinada pelo plano de tratamento específico de cada indivíduo e sua resposta ao tratamento. Se um procedimento ABA ou combinação de procedimentos ABA não estão produzindo os resultados desejados, um procedimento diferente pode ser sistematicamente implementado e sua eficácia pode ser avaliada.

Estes procedimentos incluem diferentes tipos de reforçamento e esquemas de reforçamento, reforçamento diferencial, modelagem, encadeamento, momento comportamental, dicas e esvanecimento, treinamento de habilidades comportamentais, extinção, treinamento de comunicação funcional, ensino por tentativa discreta, ensino incidental, auto gerenciamento, avaliação funcional, avaliações de preferência, rotina de atividades, generalização e procedimentos de manutenção, entre muitos outros (consulte *BACB Fourth Edition Task List*). O campo da análise do comportamento está constantemente desenvolvendo e avaliando procedimentos aplicados para mudança de comportamento.

6 Locais Onde o Tratamento é Realizado

O padrão de cuidado prevê que o tratamento seja realizado consistentemente em múltiplos ambientes para promover generalização e manutenção dos benefícios terapêuticos. Nenhum modelo ABA é específico para um determinado local e todos podem ser realizados em uma variedade de ambientes, incluindo instalações residenciais, internação e programas ambulatoriais, casas, escolas, transporte e locais na comunidade. Tratamento em vários ambientes com adultos, irmãos e/ou colegas com desenvolvimento típico, sob a supervisão de um Analista do Comportamento, dá suporte a generalização e manutenção de ganhos terapêuticos. Deve-se notar que o tratamento pode ocorrer em múltiplos ambientes (por exemplo, casa, comunidade e transporte) no mesmo dia. O tratamento não deve ser negado ou suspenso porque um cuidador não pode estar no local do tratamento consistentemente.

Para garantir a continuidade do atendimento, tratamento e consultoria em ABA devem ser realizados em ambientes educacionais e terapêuticos subsequentes (por exemplo, residência para a escola, hospital para casa) para dar suporte e fazer a transição de indivíduos com sucesso.

		POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO				
		CASA	ESCOLA & COMUNIDADE	CLÍNICA/ AMBULATÓRIO	INSTALAÇÕES DE TRATAMENTO RESIDENCIAL	HOSPITAL/ INTERNAÇÃO
MODELOS DE TRATAMENTO	FOCADO	✓	✓	✓	✓	✓
	ABRANGENTE	✓	✓	✓	✓	✓

7 Idade do Cliente

O tratamento deve ser baseado nas necessidades clínicas do indivíduo e não deve ser restrito pela idade. Tratamento ABA consistente deve ser fornecido assim que possível após o diagnóstico e, em alguns casos, os serviços se justificam antes do diagnóstico. Há evidências de que o quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo. Além disso, ABA é eficaz ao longo da vida. Pesquisas não estabeleceram um limite de idade a partir do qual ABA é ineficaz.

Há evidências de que quanto mais cedo o tratamento começar, maior a possibilidade de resultados positivos a longo prazo.

8 Combinando ABA com Outras Formas de Tratamento

Os resultados de vários estudos mostram que um modelo eclético, onde ABA é combinado com tratamentos que não são baseados em evidências, é menos eficaz do que a ABA sozinha. Portanto, planos de tratamento que combinam ABA com procedimentos adicionais que carecem de evidências científicas, conforme estabelecido por publicações revisadas por pares devem ser considerados ecléticos e não constituem um tratamento ABA.





SEÇÃO 3: **AVALIAÇÃO, FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS DE TRATAMENTO, E MENSURAÇÃO DO PROGRESSO DO CLIENTE**

1 O Processo de Avaliação

O desenvolvimento apropriado do processo de avaliação ABA precisa identificar os pontos fortes e fracos em todos os domínios e potenciais barreiras para o progresso. As informações deste processo são a base para o desenvolvimento do plano de tratamento ABA individualizado. Uma avaliação ABA normalmente utiliza informações obtidas por múltiplos métodos e múltiplos informantes, incluindo os seguintes:

Revisão de Arquivo

Informações sobre as condições médicas, resultados de avaliações anteriores, resposta a tratamentos anteriores e outras informações relevantes devem ser obtidas por meio de revisão de arquivo e incorporadas no desenvolvimento dos objetivos do tratamento e intervenção. Exemplos de avaliações que devem ser revisadas incluem testes intelectuais e de desempenho, avaliações de desenvolvimento, avaliações de diagnóstico de transtornos mentais em comorbidade e avaliações de funcionamento e necessidades da família. Em alguns casos, se as informações de avaliação estiverem incompletas, o Analista do Comportamento deve encaminhar o cliente a outros profissionais para as avaliações necessárias.

Entrevistas e Escalas de Avaliação

Clientes, cuidadores e outras partes interessadas, conforme apropriado, são incluídos na seleção de objetivos do tratamento, desenvolvimento de protocolos e avaliação de progresso. Analistas do Comportamento usam entrevistas, escalas de avaliação e medidas socialmente relevantes para avaliar as percepções dos deficits de habilidades e excessos comportamentais do cliente, e até que ponto esses deficits e excessos comprometem a vida do indivíduo e da família. Exemplos de escalas de avaliação incluem avaliações de comportamento adaptativo, avaliações funcionais, entre outras.

O Processo de Avaliação, cont.

Avaliação Direta e Observação

Observação direta, coleta e análise de dados são características definidoras da ABA. A análise de tais dados servem como base primária para identificar níveis de funcionamento pré-tratamento, desenvolver e adaptar os protocolos de tratamento de forma contínua e avaliar a resposta ao tratamento e o progresso em direção aos objetivos. O comportamento deve ser observado diretamente em uma variedade de ambientes naturais relevantes e em interações estruturadas. Exemplos de avaliações diretas estruturadas incluem avaliação curricular, observações estruturadas de interações sociais, entre outros.

Avaliação de Outros Profissionais

Avaliações periódicas de outros profissionais podem ser úteis para orientar o tratamento ou avaliar progresso. Exemplos podem incluir avaliação do funcionamento intelectual geral, condições médicas, desempenho acadêmico, entre outros.

2 Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento

Os objetivos são priorizados com base em suas implicações para a saúde e bem-estar do cliente, o impacto no cliente, na segurança da família e da comunidade e da contribuição para a independência funcional. Os objetivos do tratamento ABA são identificados com base no processo de avaliação descrito anteriormente. Cada objetivo deve ser definido de uma forma específica e de maneira mensurável que permita a avaliação frequente do progresso em direção a um critério de domínio específico. O número e complexidade de objetivos devem ser consistentes com a intensidade e ambiente da prestação de serviços. A adequação de objetivos existentes e de novos objetivos devem ser considerados periodicamente.

O sistema de mensuração para acompanhar o progresso em direção aos objetivos deve ser individualizado para o cliente, para o contexto de tratamento, para as características críticas do comportamento e para os recursos disponíveis no ambiente do tratamento. Medidas específicas, observáveis e quantificáveis devem ser coletadas para cada objetivo e devem ser sensíveis o suficiente para capturar mudanças significativas de comportamento em relação aos objetivos finais do tratamento.

Os resultados das avaliações padronizadas podem ser usados para monitorar o progresso em direção aos objetivos do tratamento de longo prazo. No entanto, pontuações de QI e outras avaliações globais não são apropriadas como únicos determinantes da resposta ou não resposta do indivíduo ao tratamento ABA. Muitos indivíduos podem mostrar um progresso substancial em importantes características do transtorno (por exemplo, linguagem funcional,

Selecionando e Monitorando o Progresso em Direção aos Objetivos do Tratamento, cont.

funcionamento social, comportamento repetitivo, comportamento adaptativo, segurança e bem-estar e comorbidade de transtorno mental) sem uma mudança substancial em medidas de funcionamento intelectual. Assim, as pontuações em tais avaliações não devem ser usadas para negar ou interromper o tratamento ABA.

3 Avaliação Funcional do Comportamento Problema

Quando um cliente apresenta comportamento problema em um nível que é prejudicial ao meio ambiente ou perigoso para o cliente ou outros, uma avaliação funcional é necessária. A avaliação funcional se refere ao processo geral de identificação de aspectos do meio ambiente que podem contribuir para o desenvolvimento e para a continuidade da ocorrência de comportamento problema. Ou seja, a avaliação funcional é delineada para identificar onde, quando e os prováveis motivos pelos quais um comportamento problema ocorre. Essas informações são, então, diretamente incorporadas ao plano de tratamento de problemas comportamentais na forma de uma intervenção baseada em funções.

- O processo de avaliação funcional tipicamente inclui múltiplas fontes de informação, como entrevistas com cuidadores, escalas de avaliação e coleta de dados de observação direta e consideração de possíveis condições médicas que podem afetar o comportamento problema.
- A observação direta pode assumir a forma de avaliação das interações contínuas presentes no ambiente natural ou a forma de uma análise funcional.
- A análise funcional refere-se à modificação direta de eventos ambientais e avaliação do impacto dessas mudanças no nível do comportamento problema por meio de observação direta. As análises funcionais podem ser complexas e podem exigir taxas mais altas de funcionários e maior direcionamento do Analista do Comportamento.

4 Duração e Frequência da Avaliação

O processo de avaliação necessário para o desenvolvimento inicial de programas de tratamento Abrangente pode levar 20 horas ou mais. Avaliações subsequentes e avaliações para tratamentos focados que envolvem um pequeno número de objetivos descomplicados geralmente requerem menos horas. O processo de avaliação funcional para comportamentos problema graves costuma ser complexo e pode exigir durações consideravelmente mais longas.

A avaliação do progresso geral em direção aos objetivos abrangentes do tratamento deve ser resumida em intervalos regulares (por exemplo, semestralmente).



SEÇÃO 4: AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇO E DOSAGEM

1 Autorização de Serviço

Normalmente os períodos de autorização não devem ser inferiores a seis meses e podem envolver alguns ou todos os seguintes serviços. Se houver alguma dúvida quanto à adequação ou eficácia da ABA para um determinado cliente, uma revisão dos dados do tratamento pode ser realizada com mais frequência (por exemplo, após três meses de tratamento). Além disso, se a revisão clínica de terceiros (também conhecida como revisão por pares) for exigida por um financiador ou gerente de saúde, o revisor deve ser um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.

A lista a seguir representa serviços comuns* que devem ser autorizados para o resultado otimizado do tratamento. Outros podem ser apropriados.

1. Avaliação Analítica-Comportamental
2. Desenvolvimento e Modificação do Plano de Tratamento
3. Tratamento Direto para Indivíduos ou Grupos com Implementação por Analistas do Comportamento e/ou Técnicos Comportamentais.
4. Supervisão (tanto direta quanto indireta) por Analistas do Comportamento
5. Viagem para Garantir Acesso Equitativo aos Serviços (por exemplo, áreas rurais e carentes)
6. Treinamento de Pais e Cuidadores Comunitários para Indivíduos ou Grupos
7. Consultoria para Garantir Continuidade e/ou Coordenação de Tratamento
8. Planejamento de Alta

*Estes serviços podem ser efetivamente entregues via telemedicina em jurisdições que permitem tais sistemas de entrega.

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 1 de 2)

I. Informações do Paciente

II. Motivo para Encaminhamento

III. Breves Informações Básicas

- a. Dados demográficos (nome, idade, sexo, diagnóstico)
- b. Informações sobre moradia
- c. Informações sobre casa/escola/trabalho

IV. Entrevista Clínica

- a. Coleta de informações sobre comportamentos problema, incluindo o desenvolvimento de definições operacionais da área de preocupação principal e informações sobre possível função do comportamento

V. Revisão de Avaliações Recentes/Relatórios (revisão de arquivo)

- a. Qualquer avaliação comportamental funcional recente, teste cognitivo e/ou relatórios de progresso

VI. Procedimentos de Avaliação e Resultados

- a. Breve descrição das avaliações, incluindo sua finalidade
 - AVALIAÇÕES INDIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
 - AVALIAÇÕES DIRETAS:
 - › Forneça um resumo das descobertas de cada avaliação (gráficos, tabelas ou grades)
- b. Os comportamentos alvo são definidos operacionalmente, incluindo os níveis de linha de base

VII. Plano de Tratamento (ABA Focado)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Definição operacional para cada comportamento e objetivo
- c. Especifique os procedimentos de manejo do comportamento (ou seja, redução e/ou aquisição de comportamento):
 - Intervenções baseadas em antecedentes
 - Intervenções baseadas em consequências
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

Características Críticas de um Plano de Tratamento para Autorização de Serviço (página 2 de 2)

VIII. Plano de Tratamento (Aquisição de Habilidades - ABA Abrangente)

- a. Ambiente de tratamento
- b. Métodos instrucionais a serem usados
- c. Definição operacional para cada habilidade
- d. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- e. Objetivos e metas propostas*

IX. Treinamento de Pais/Cuidadores

- a. Especifique os procedimentos de treinamento dos pais
- b. Descreva os procedimentos de coleta de dados
- c. Objetivos e metas propostas*

X. Número de Horas Solicitadas

- a. Número de horas necessárias para cada serviço
- b. Resumo clínico que justifica horas solicitadas
- c. Códigos de faturamento solicitados (por exemplo, CPT, HCPCS)

XI. Coordenação de Tratamento

XII. Plano de Transição

XIII. Plano de Alta

XIV. Plano de Crise

**Cada objetivo e meta precisa incluir:*

- Nível atual (linha de base)
- O comportamento dos pais/cuidadores que é esperado que seja demonstrado, incluindo a condição sob a qual deve ser demonstrado e critérios de domínio (a meta ou o objetivo)
- Data de introdução
- Data estimada de domínio
- Especificar plano para generalização
- Reportar objetivo como cumprido, não cumprido, modificado (incluir explicação)

2 Dosagem do Tratamento

A dosagem do tratamento, que muitas vezes é referenciada na literatura de tratamento como “intensidade,” irá variar com cada cliente e deve refletir aos objetivos do tratamento, as necessidades específicas do cliente e a resposta ao tratamento. A dosagem do tratamento deve ser considerada em duas categorias distintas: intensidade e duração.

Intensidade

A intensidade é tipicamente medida em termos de número de horas por semana de tratamento direto. Intensidade frequentemente determina se o tratamento se enquadra na categoria de Focado ou Abrangente.

Tratamento Focado ABA

ABA Focado geralmente varia de **10–25 horas por semana** de tratamento direto (adicionado a supervisão direta e indireta e treinamento do cuidador). No entanto, certos programas para comportamento destrutivo severo **podem exigir mais de 25 horas por semana** de terapia direta (por exemplo, tratamento diurno ou programa de internação para comportamento autolesivo grave).

Tratamento ABA Abrangente

O tratamento geralmente envolve um nível de intensidade de **30–40 horas de tratamento direto 1:1 para o cliente por semana**, não incluindo treinamento de cuidadores, supervisão e outros serviços necessários. Contudo, crianças muito pequenas podem começar com poucas horas de terapia por dia com o objetivo de aumentar a intensidade da terapia conforme permita sua capacidade de tolerar e participar. Horas de tratamento são subsequentemente aumentadas ou diminuídas com base na resposta do cliente ao tratamento e às necessidades atuais. As horas podem ser aumentadas para atingir com mais eficiência os objetivos do tratamento. Diminuição em horas de terapia por semana tipicamente ocorre quando um cliente atingiu a maioria dos objetivos do tratamento e está movendo em direção a alta.

Dosagem do Tratamento, cont.

Embora o número recomendado de horas de terapia possa parecer alto, isso é baseado em achados de pesquisas sobre a intensidade necessária para produzir bons resultados. Também deve ser notado que o tempo gasto ausente da terapia pode resultar no indivíduo ficando ainda mais para trás na trajetória do desenvolvimento típico. Tais atrasos provavelmente resultarão em aumento de custos e maior dependência de serviços mais intensivos ao longo de sua vida.

Duração

A duração do tratamento é gerenciada de forma eficaz avaliando a resposta do cliente ao tratamento. Esta avaliação pode ser conduzida antes da conclusão de um período de autorização. Alguns indivíduos continuarão a demonstrar necessidade clínica e a requerer tratamento contínuo durante múltiplos períodos de autorização. Veja a Seção 8 para informações sobre o planejamento de alta.



SEÇÃO 5: MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CAMADAS E TÉCNICOS COMPORTAMENTAIS

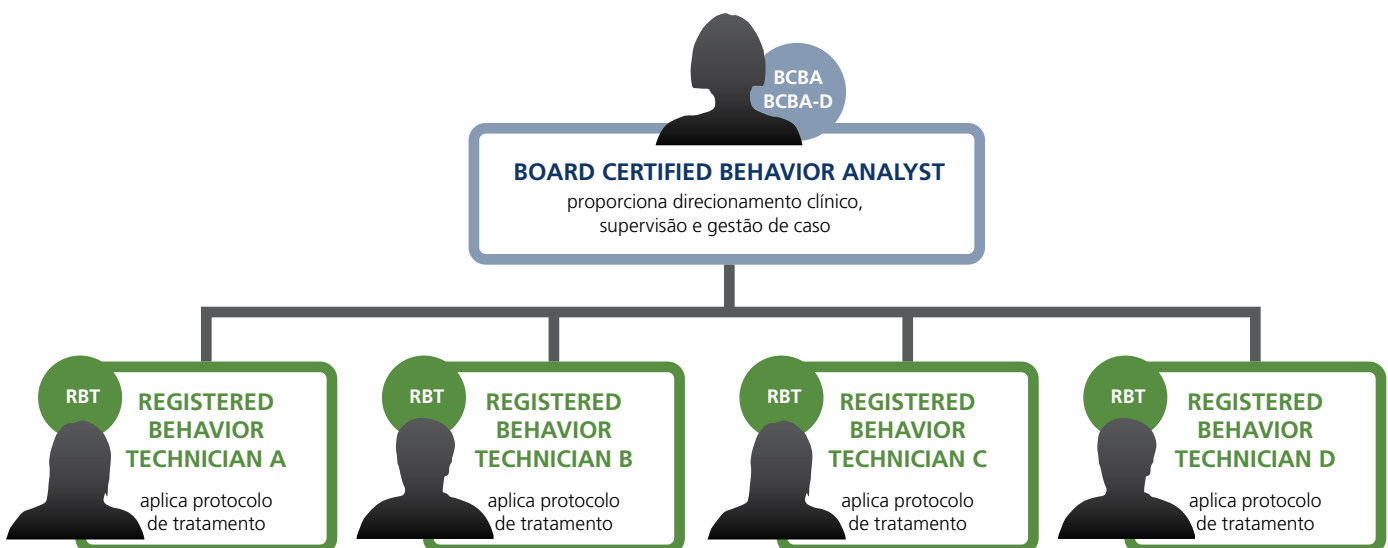
A maioria dos programas de tratamento ABA envolvem um modelo de prestação de serviços em camadas em que o Analista do Comportamento delinea e supervisiona um programa de tratamento fornecido por Analistas Comportamentais Assistentes e Técnicos Comportamentais.

1 Descrição de um Modelo de Entrega de Serviço em Camadas

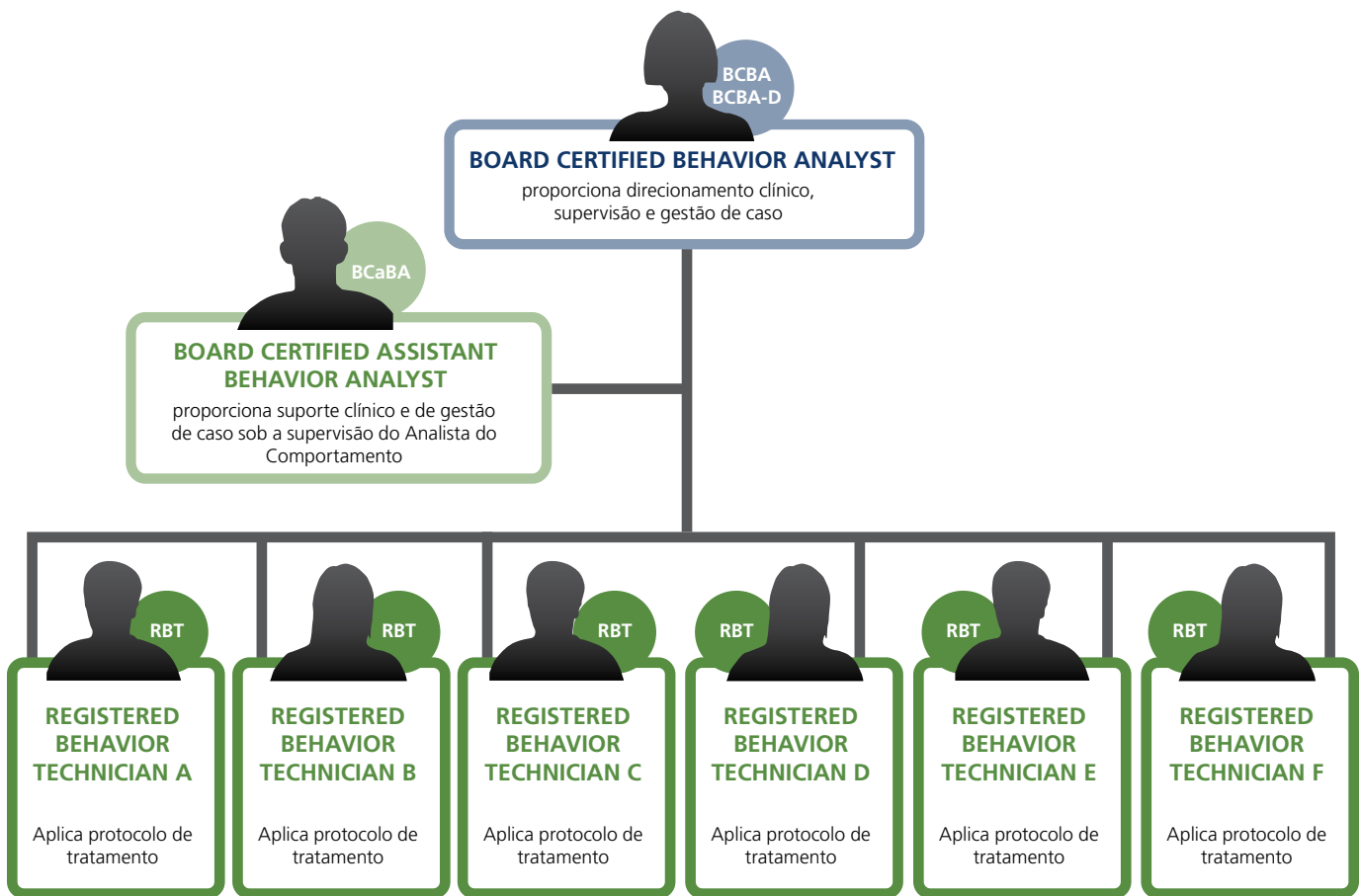
As atividades clínicas, de supervisão e de gerenciamento de caso do Analista do Comportamento são frequentemente apoiadas por outro pessoal, como Analistas Comportamentais Assistentes que trabalham dentro do escopo de seu treinamento, prática e competência.

A seguir estão dois exemplos de modelos de entrega de serviço em camadas (entre outros), uma abordagem organizacional para entrega de tratamento considerada com bom custo-benefício na entrega de resultados desejados.

No primeiro exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento supervisiona uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



No segundo exemplo (abaixo), o Analista do Comportamento é auxiliado por um Analista do Comportamento Assistente; os dois supervisionam em conjunto uma equipe de tratamento de Técnicos Comportamentais.



Esses modelos assumem o seguinte:

1. O BCBA ou BCBA-D é responsável por todos os aspectos da direção clínica, supervisão e gestão de caso, incluindo atividades do pessoal de apoio (por exemplo, um BCaBA) e Técnicos Comportamentais.
2. O BCBA ou BCBA-D precisam ter conhecimento das habilidades de cada membro da equipe de tratamento para efetivamente realizar as atividades clínicas antes de delegá-las.
3. O BCBA e o BCBA-D devem estar familiarizados com as necessidades e plano de tratamento do cliente e regularmente observar o Técnico Comportamental implementando o plano, independentemente se houver ou não apoio clínico fornecido por um BCaBA.

2 Raciocínio para um Modelo de Entrega de Serviços em Camadas

- Modelos de entrega de serviço em camadas que contam com o uso de Analistas do Comportamento Assistentes e Técnicos Comportamentais têm sido o principal mecanismo para alcançar muitas das melhorias significativas em domínios cognitivos, linguísticos, sociais, comportamentais e adaptativos que foram documentados na literatura revisada por pares.⁴
- O uso de Analistas Comportamentais Assistentes e de Técnicos Comportamentais cuidadosamente treinados e bem supervisionados é uma prática comum no tratamento ABA.^{5,6}
- Seu uso produz níveis de serviço com maior custo-benefício pela duração do tratamento.
- O uso de um modelo de prestação de serviços em camadas permite financiadores e gestores de saúde garantir redes de prestadores adequados e fornecer tratamento médico necessário.
- Além disso, isso permite que se proporcione especialidade suficiente para cada cliente em cada nível necessário para alcançar os objetivos do tratamento. Isso é crítico, já que o nível de supervisão requerido pode mudar rapidamente em resposta ao progresso ou necessidades do cliente.
- Modelos de prestação de serviços em camadas também podem ajudar na entrega de tratamento para famílias em áreas rurais e áreas carentes, bem como clientes e famílias com necessidades complexas.

3 Seleção, Treinamento e Supervisão de Técnicos Comportamentais

- Os Técnicos Comportamentais devem receber treinamento formal e específico antes de fornecer o tratamento. Uma maneira de garantir esse treinamento é através da credencial de *Registered Behavior Technician* (veja a página 30).
- A atribuição de caso deve corresponder às necessidades do cliente com o nível de habilidade e experiência do Técnico Comportamental. Antes de trabalhar com um cliente, o Técnico Comportamental precisa ser suficientemente preparado para aplicar os protocolos de tratamento. Isso inclui uma revisão feita pelo Analista do Comportamento do histórico do cliente, programas de tratamento atuais, protocolos de redução de comportamento, procedimentos de coleta de dados, etc.
- O número de casos atribuídos para os Técnicos Comportamentais são determinados por:
 - complexidade dos casos
 - experiência e habilidades do Técnico Comportamental
 - número de horas por semana em que o Técnico Comportamental está empregado
 - intensidade de horas de terapia que o cliente está recebendo
- A qualidade da implementação (verificações de integridade do tratamento) deve ser monitorada continuamente. Isso deve ser feito com maior frequência para novos funcionários, quando um novo cliente é admitido ou quando um cliente tem comportamentos problema ou protocolos de tratamento complexos estão envolvidos.
- Os Técnicos Comportamentais devem receber supervisão e direcionamento clínico sobre os protocolos de tratamento semanalmente para casos complexos ou mensalmente para casos mais rotineiros. Esta atividade pode ocorrer durante reuniões informativas com outros membros da equipe de tratamento, incluindo o Analista do Comportamento supervisor, ou individualmente e com ou sem a presença do cliente. A frequência e o formato devem ser ditados por uma análise das necessidades de tratamento do cliente para otimizar progresso.
- Embora as qualificações de contratação e o treinamento inicial sejam importantes, precisa haver observação contínua, treinamento e direcionamento para manter e melhorar as habilidades do Técnico Comportamental durante a implementação do tratamento baseado em ABA.

Critérios para a Credencial de *Registered Behavior Technician* (RBT)

Critérios de Elegibilidade

Os candidatos à credencial RBT devem:

- ter pelo menos 18 anos de idade
- possuir no mínimo um diploma de ensino médio ou equivalente nacional
- concluir com êxito uma verificação de registro de antecedentes criminais no momento da inscrição
- completar um programa de treinamento de 40 horas (conduzido por um profissional certificado pelo BACB) com base na lista de tarefas para RBT
- passar na *RBT Competency Assessment* administrada por um profissional certificado pelo BACB

Critérios de Prática Contínua

Os RBTs devem:

- receber supervisão contínua de um profissional certificado pelo BACB por um mínimo de 5% das horas usadas para a prestação de serviços ABA por mês (incluindo pelo menos dois contatos de supervisões presenciais síncronos)
- obedecer a um subconjunto do código de ética, *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*, do BACB identificados como relevantes para RBTs



SEÇÃO 6: SUPERVISÃO DE CASO

O tratamento ABA é frequentemente caracterizado pelo número de horas de tratamento direto por semana. No entanto, é também fundamental considerar os níveis requeridos de horas adicionais de supervisão de caso (também conhecida como direção clínica) pelo Analista do Comportamento. A supervisão de caso começa com a avaliação e continua até a alta do cliente. O tratamento ABA requer níveis comparativamente altos de supervisão de caso para garantir resultados eficazes por causa da (a) natureza individualizada do tratamento, (b) do uso de um modelo de prestação de serviços em camadas, (c) da dependência de coleta e análise de dados do cliente frequentes, e (d) da necessidade de ajustes no plano de tratamento.

Esta seção irá descrever as atividades de supervisão de caso que são individualizadas para o cliente e clinicamente necessárias para atingir os objetivos do tratamento. Atividades organizacionais de rotina (por exemplo, controle de horário de chegada e de saída, avaliações de funcionário, entre outros) que não estão envolvidos no tratamento clínico individualizado não estão incluídos aqui.

1 Atividades de Supervisão de Caso

As atividades de supervisão de caso podem ser descritas como aquelas que envolvem o contato com o cliente ou cuidadores (supervisão direta, também conhecida como direção clínica) e aquelas que não necessitam de um contato direto com o cliente ou cuidadores (supervisão indireta). Ambas atividades de supervisão de caso diretas e indiretas são críticas para produzir bons resultados de tratamento e devem ser incluídas nas autorizações de serviço. Deve-se notar que a supervisão direta do caso ocorre simultaneamente com a entrega de tratamento direto ao cliente. Em média, o tempo de supervisão direta é responsável por 50% ou mais da supervisão de caso.

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

A lista abaixo, embora não seja exaustiva, identifica algumas das atividades de supervisão de caso mais comuns:

Atividades de Supervisão Direta

- Observar diretamente a implementação do tratamento para possível revisão do programa
- Monitorar a integridade do tratamento para garantir implementação satisfatória dos protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente presente)

Atividades de Supervisão Indireta

- Desenvolver objetivos do tratamento, protocolos e sistemas de coleta de dados
- Resumir e analisar dados⁸
- Avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- Ajustar protocolos de tratamento com base nos dados
- Coordenar atendimento com outros profissionais
- Intervenção de crise
- Relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- Desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta
- Revisão do progresso do cliente com a equipe sem a presença do cliente para aprimorar protocolos de tratamento
- Direcionar a equipe e/ou cuidadores na implementação de protocolos de tratamento novos ou revisados (com o cliente ausente)

Atividades de Supervisão de Caso, cont.

Qualificações da Equipe que Presta Supervisão:

ANALISTA DO COMPORTAMENTO

Qualificações

- BCBA-D/BCBA ou licença profissional em áreas relacionadas
- competência em supervisão e desenvolvimento de programas de tratamento ABA para clientes com TEA⁷

Responsabilidades

- resumir e analisar dados
- avaliar o progresso do cliente em relação aos objetivos do tratamento
- supervisionar a implementação do tratamento
- ajustar protocolos de tratamento com base em dados
- monitorar a integridade do tratamento
- treinar e consultar com cuidadores e outros profissionais
- avaliar o gerenciamento de riscos e de crises
- garantir a implementação satisfatória de protocolos de tratamento
- relatar o progresso em relação aos objetivos do tratamento
- desenvolver e supervisionar o plano de transição/alta

ANALISTA DO COMPORTAMENTO ASSISTENTE

Qualificações

- BCaBA (com preferência)

Responsabilidades

- várias tarefas de supervisão que são delegadas e supervisionadas pelo Analista do Comportamento

2 Modalidade

Algumas atividades de supervisão de caso ocorrem ao vivo; outras podem ocorrer remotamente (por exemplo, por meio de telemedicina ou tecnologias virtuais). No entanto, a telemedicina deve ser combinada com supervisão ao vivo. Além disso, algumas atividades de supervisão de casos são apropriadas para grupos pequenos. Algumas atividades de supervisão de caso indireta são mais eficazes fora do ambiente de tratamento.

3 Dosagem de Supervisão de Caso

Embora a quantidade de supervisão para cada caso deva responder às necessidades individuais do cliente, **duas horas para cada 10 horas de tratamento direto** é o padrão geral de atendimento. Quando o **tratamento direto é de 10 horas por semana ou menos, um mínimo de duas horas por semana** de supervisão de caso é geralmente requerido. Supervisão de caso pode precisar ser aumentada temporariamente para atender as necessidades individuais dos clientes em períodos de tempo específicos durante o tratamento (por exemplo, avaliação inicial, significativa mudança em resposta ao tratamento).

Esta proporção de horas de supervisão de caso para horas de tratamento direto reflete a complexidade dos sintomas do cliente com TEA e a tomada de decisão responsiva, individualizada e baseada em dados que caracteriza o tratamento ABA. Um número de fatores aumenta ou diminui as necessidades de supervisão de caso em curto ou longo prazo. Esses incluem:

- dosagem/intensidade do tratamento
- barreiras ao progresso
- questões de saúde e segurança do cliente (por exemplo, certos deficits de habilidades, comportamento problema perigoso)
- a sofisticação ou complexidade dos protocolos de tratamento
- dinâmica familiar ou ambiente comunitário
- falta de progresso ou aumento da taxa de progresso
- mudanças nos protocolos de tratamento
- transições com implicações para a continuidade de suporte





4 Quantidade de Casos

Os Analistas do Comportamento devem ter uma quantidade de casos que lhes permita fornecer supervisão de caso adequada para facilitar a entrega do tratamento eficaz e garantir a proteção do consumidor. A quantidade de casos para o Analista do Comportamento é normalmente determinada pelos seguintes fatores:

- complexidade e necessidades dos clientes no conjunto de casos
- horas totais de tratamento entregues aos clientes atribuídos ao Analista do Comportamento
- supervisão total do caso e direção clínica exigida pelos casos
- especialização e habilidades do Analista do Comportamento
- localização e modalidade de supervisão e tratamento (por exemplo, centro vs. casa, individual vs. grupo, telemedicina vs. ao vivo)
- disponibilidade da equipe de suporte para o Analista do Comportamento (por exemplo, um BCaBA)

A quantidade de casos recomendada para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Focado

› **Sem suporte de um BCaBA** é 10-15.*

› **Com suporte de um (1) BCaBA** é 16-24.*

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

A quantidade de casos recomendado para um Analista do Comportamento supervisionando

Tratamento Abrangente

› **Sem apoio de BCaBA** é 6-12.

› **Com o apoio de um (1) BCaBA** é 12-16.

BCaBAs adicionais permitem aumentos modestos no número de casos.

* O tratamento Focado para o comportamento problema grave é complexo e requer níveis de supervisão de caso consideravelmente maiores, o que exigirá número de casos menores.



SEÇÃO 7: TRABALHANDO COM CUIDADORES E OUTROS PROFISSIONAIS

1 Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados

Os membros da família, incluindo irmãos e outros cuidadores comunitários devem ser incluídos em várias capacidades e em diferentes pontos durante os programas de tratamento ABA Focado e Abrangente. Além de fornecer informações históricas e contextuais importantes, os cuidadores devem receber treinamento e consultoria durante o tratamento, alta e acompanhamento.

A dinâmica de uma família e como eles são afetados pelo TEA devem ser refletidos em como o tratamento é implementado. Além disso, o progresso do cliente pode ser afetado pela dimensão do apoio dos cuidadores nos objetivos do tratamento fora do horário de tratamento. Sua capacidade de fazer isso será parcialmente determinada por quão bem os protocolos de tratamento estão de acordo com os valores, necessidades, prioridades e recursos da família.

A necessidade de envolvimento, treinamento e apoio da família reflete o seguinte:

- Os cuidadores frequentemente têm uma visão e perspectiva única sobre o funcionamento do cliente, informações sobre preferências e histórico comportamental.
- Os cuidadores podem ser responsáveis pela prestação de cuidados, supervisão e por lidar com comportamentos desafiadores durante todas as horas fora da escola ou um programa de tratamento dia. Uma considerável porcentagem de indivíduos com TEA apresentam padrões de sono atípicos. Portanto, alguns dos cuidadores podem ser responsáveis por garantir a segurança de seus filhos e/ou implementar procedimentos à noite e podem, eles próprios, estar em risco para problemas associados a privação de sono.
- Cuidar de um indivíduo com TEA apresenta muitos desafios para cuidadores e famílias. Estudos documentaram o fato de que pais de crianças e adultos com TEA apresentam níveis mais elevados de estresse do que os de pais com filhos com desenvolvimento típico ou mesmo pais de crianças com outros tipos de necessidades especiais.

Membros da Família/Outros como Contribuintes Importantes para os Resultados, cont.

- Os problemas comportamentais comumente encontrados em pessoas diagnosticadas com TEA (por exemplo, estereotípias, agressão, birra) são secundários aos déficits sociais e de linguagem associados ao TEA, muitas vezes apresentam desafios específicos para os cuidadores enquanto eles tentam manejar seus comportamentos problema. As estratégias parentais típicas são muitas vezes insuficientes para permitir que os cuidadores melhorem ou manejem o comportamento de sua criança, o que pode impedir o progresso da criança em direção a melhores níveis de funcionamento e independência.
- Note que, embora o treinamento da família apoie o plano geral de tratamento, este não é um substituto para o tratamento dirigido e implementado por um profissional.

2 Treinamento de Pais e Cuidadores

O treinamento faz parte dos modelos de tratamento ABA Focado e Abrangente. Embora o treinamento de pai e cuidador às vezes seja fornecido como um tratamento separado, há relativamente poucos clientes para os quais este seria recomendado como a única ou principal forma de tratamento. Isso se deve à gravidade e complexidade dos comportamentos problema e déficits de habilidade que podem acompanhar um diagnóstico de TEA.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA. É comum que os planos de tratamento incluam várias metas e objetivos mensuráveis para os pais e outros cuidadores. O treinamento enfatiza o desenvolvimento de habilidades e suporte para que os cuidadores se tornem competentes na implementação de protocolos de tratamento através de ambientes críticos. O treinamento geralmente envolve uma avaliação comportamental individualizada, uma formulação de caso e, em seguida, apresentações didáticas personalizadas, modelação e demonstrações da habilidade e prática com suporte ao vivo para cada habilidade específica. Atividades em andamento envolvem supervisão e coaching durante a implementação, resolução de problemas conforme surgem e suporte para implementação de estratégias em novos ambientes para garantir ganhos otimizados e promover generalização e manutenção das modificações terapêuticas. Por favor note que tal treinamento não é realizado simplesmente tendo o cuidador ou responsável legal presente durante o tratamento implementado por um Técnico Comportamental.

O treinamento de pais e de outros cuidadores geralmente envolve um currículo sistemático e individualizado sobre fundamentos básicos da ABA.

A seguir estão as áreas comuns para as quais os cuidadores costumam procurar ajuda. Estes são tipicamente tratados em conjunto com um programa de tratamento ABA Focado ou Abrangente.

Treinamento de Pais e Cuidadores, cont.

- Generalização de habilidades adquiridas em ambientes de tratamento para ambientes domésticos e comunitários
- Tratamento de distúrbios de comportamento concomitantes que colocam em risco a saúde e a segurança da criança ou de outras pessoas em ambientes domésticos ou comunitários, incluindo redução de comportamentos auto lesivos ou agressivos contra irmãos, cuidadores ou outros; estabelecimento de comportamentos de substituição que são mais eficazes, adaptáveis e apropriados
- Treinamento de habilidades adaptativas como comunicação funcional, participação em rotinas que ajudam a manter uma boa saúde (por exemplo, participação em exames dentários e médicos, alimentação, sono) incluindo lugares alvos onde é fundamental que estes ocorram
- Gestão de contingências para reduzir comportamentos estereotipados, ritualísticos ou perseverantes e comportamentos funcionais de substituição conforme descrito anteriormente
- Relacionamentos com membros da família, como o desenvolvimento de brincadeiras apropriadas com irmãos

3 Coordenação com Outros Profissionais

A consultoria com outros profissionais ajuda a garantir o progresso do cliente por meio da coordenação de tratamento e garante a consistência, incluindo durante os períodos de transição e alta.

Os objetivos do tratamento são mais prováveis de serem alcançados quando há uma compreensão e coordenação compartilhada entre todos os provedores e profissionais de saúde. Os exemplos incluem a colaboração entre o médico e o Analista do Comportamento para determinar os efeitos da medicação nos alvos do tratamento. Outro exemplo envolve uma abordagem consistente entre profissionais de diferentes disciplinas em como os comportamentos são gerenciados em ambientes e contextos. A colaboração profissional que leva à consistência produzirá os melhores resultados para o cliente e suas famílias.

As diferenças nas orientações teóricas ou estilos profissionais às vezes podem dificultar a coordenação. Se houver protocolos de tratamento que diluem a eficácia do tratamento ABA, essas diferenças devem ser resolvidas para a entrega de benefícios previstos ao cliente.

Os códigos de ética do BACB (as atuais *Guidelines for Responsible Conduct for Behavior Analysts* e o iminente *Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts*) exige que o Analista do Comportamento recomende o tratamento **mais** eficaz cientificamente comprovado para cada cliente. O Analista do Comportamento também precisa revisar e avaliar os efeitos prováveis de tratamentos alternativos, incluindo aqueles fornecidos por outras disciplinas, bem como nenhum tratamento.

Coordenação com Outros Profissionais, cont.

Além disso, os Analistas do Comportamento devem encaminhar clientes a profissionais de outras disciplinas quando clientes tiverem condições que estão além do treinamento e competência do Analista do Comportamento, ou quando a coordenação do tratamento com esses profissionais for apropriado. Os exemplos incluem, mas não estão limitados a, uma suspeita de uma condição médica ou preocupações psicológicas relacionadas a ansiedade ou transtorno de humor.





SEÇÃO 8: **ALTA, PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DE SUPORTE**

Os resultados desejados para alta devem ser especificados no início dos serviços e refinados ao longo do processo de tratamento. O planejamento de transição e de alta de um programa de tratamento deve incluir um plano por escrito que especifica detalhes de monitoramento e acompanhamento conforme apropriado para o indivíduo e a família. Pais, cuidadores comunitários e outros profissionais envolvidos devem ser consultados conforme o processo de planejamento acelera, com três a seis meses antes da primeira mudança no serviço.

Uma descrição das funções e responsabilidades de todos os provedores e datas efetivas para objetivos comportamentais que precisam ser alcançados antes da próxima fase deve ser especificado e coordenado com todos os fornecedores, o cliente e membros da família.

O planejamento de alta e transição de todos os programas de tratamento geralmente deve envolver uma redução gradual dos serviços. A alta de um programa de tratamento ABA Abrangente geralmente requer seis meses ou mais. Por exemplo, um cliente em um programa de tratamento Abrangente pode mudar para um modelo de tratamento Focado para abordar alguns objetivos restantes antes da transição para o término do tratamento.

Alta

Os serviços devem ser revisados e avaliados e o planejamento de alta deve ter iniciado quando:

- o cliente atingiu os objetivos do tratamento OU
- o cliente não atende mais aos critérios de diagnóstico para TEA (conforme medido por adequados protocolos padronizados) OU
- o cliente não demonstra progresso em relação aos objetivos para períodos de autorização sucessivos OU
- a família está interessada em interromper os serviços OU
- a família e o provedor são incapazes de conciliar questões importantes no planejamento e entrega do tratamento

Quando houver perguntas sobre a adequação ou eficácia dos serviços em um caso individual, inclusive quanto ao apelo a qualquer recurso interno ou externo relacionado a benefícios de seguro de saúde, a equipe de revisão deve incluir um Analista do Comportamento com experiência no tratamento ABA para o TEA.



APÊNDICE A: **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CERTIFICAÇÃO DO BACB**

Critérios de Elegibilidade para o BCBA

A. Critério de Formação Acadêmica (em vigor em 2016)

Possuir no mínimo um mestrado de uma universidade acreditada que foi (a) conferido em análise do comportamento, educação ou psicologia, ou (b) conferido em um programa em que o candidato completou uma sequência de curso aprovada pelo BACB.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato precisa completar 270 horas em sala de aula com instrução em nível de pós-graduação nas seguintes áreas de conteúdo e pelo número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 45 horas

- O conteúdo deve ser ensinado em um ou mais cursos autônomos dedicados à ética e conduta profissional.

b. Conceitos e Princípios de Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 25 horas
- Delineamento Experimental - 20 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais da Mudança de Comportamento & Procedimentos de Mudança de Comportamento Específicos - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 10 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 10 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 10 horas

e. Discricionário - 30 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência



Existem dois caminhos adicionais para a credencial BCBA para professores universitários e seniors a nível de doutorado. Detalhes sobre essas vias estão disponíveis em www.bacb.com.

Critérios de Elegibilidade para BCBA-D

O BCBA-D é uma designação que reconhece o BCBA a nível de doutorado que:

1. é ativamente certificado como BCBA E
2. obteve o título de doutor em um programa de pós-graduação acreditado pela Association for Behavior Analysis International OU
3. obteve um doutorado de uma universidade acreditada na qual conduziu uma tese analítico-comportamental (incluindo pelo menos um experimento); E passou em pelo menos dois cursos em análises do comportamento como parte do programa de doutorado; E atendeu a todos os requisitos de curso do BCBA antes de receber o grau de doutorado

Critérios de Elegibilidade para BCaBA

A. Critério de Formação Acadêmica

Possuir no mínimo um diploma de graduação de uma universidade acreditada.

B. Critérios de Curso e Experiência

1. Curso:

O candidato deve completar 180 horas de aula de instrução nas seguintes áreas de conteúdo e para o número de horas especificado:

a. Conduta Ética e Profissional - 15 horas

b. Conceitos e Princípios da Análise do Comportamento - 45 horas

- O conteúdo deve ser baseado na *BACB Foundational Knowledge List*.

c. Métodos de Pesquisa em Análise do Comportamento

- Mensuração (incluindo Análise de Dados) - 10 horas
- Delineamento Experimental - 5 horas

d. Análise do Comportamento Aplicada

- Elementos Fundamentais de Mudança do Comportamento & Procedimentos Específicos de Mudança de Comportamento - 45 horas
- Identificação do Problema e Avaliação - 30 horas
- Considerações Sobre Intervenção e Mudança de Comportamento - 5 horas
- Sistemas de Mudança de Comportamento - 5 horas
- Implementação, Gestão e Supervisão - 5 horas

e. Discricionário - 15 horas

- (qualquer uma ou mais das áreas de conteúdo acima OU para quaisquer aplicações de análise do comportamento)

2. Experiência:



APÊNDICE B: BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, S145-S155.

Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 158-178.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification, 26*, 46-68.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*, 381-405.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 439-450.

Foxx, R. M. (2008). Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*, 821-834.

Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification, 26*, 69-102.

Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 147-185.

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 26*, 359-383.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3-9.

Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclawskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 433-465.

McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 359-372.

Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*, 417-438.

Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review, 30*, 387-399.

Wong, C., Odom, S. L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S. et al. (2013). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group.

APÊNDICE C: NOTAS DE RODAPÉ

- 1 Ao longo deste documento, o termo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é usado para se referir a um grupo de distúrbios neurológicos complexos que às vezes são chamados de Transtorno Autista, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamento, entre outros.
- 2 Sistemas ICD e DSM para Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista.
- 3 ABA Focado e Abrangente existem em um contínuo que reflete o número de comportamentos alvo e horas de tratamento direto e supervisão.
- 4 Esta equipe é competente para administrar protocolos de tratamento e muitas vezes são referidos por uma variedade de termos, incluindo terapeuta ABA, terapeuta sênior, tutor paraprofissional ou equipe de linha frente.
- 5 O treinamento e as responsabilidades dos Técnicos Comportamentais que implementam os protocolos de tratamento são distintamente diferentes daqueles de trabalhadores que desempenham funções de cuidador.
- 6 Quando possível, vários Técnicos Comportamentais são frequentemente atribuídos para cada caso para promover benefícios de um tratamento generalizado e sustentado para o cliente. Isso também ajuda a evitar um lapso nas horas de tratamento devido a doenças da equipe, disponibilidade de agendamento e rotatividade de pessoal, etc. Programas de tratamento intensivo e abrangente podem ter de quatro a cinco Técnicos Comportamentais designados para um único caso. Cada Técnico Comportamental também pode trabalhar com vários clientes durante a semana.
- 7 Dada a intensidade do programa, é necessária uma revisão frequente dos dados e do plano de tratamento. O Analista do Comportamento deve geralmente revisar os dados de observação direta pelo menos semanalmente.
- 8 Consulte também as diretrizes do consumidor para identificar Analistas do Comportamento com competência no tratamento do TEA pelo [Autism Special Interest Group da Association for Behavior Analysis International](#).

Desenvolvimento das Diretrizes

O Conselho de Diretores do BACB autorizou o desenvolvimento de diretrizes práticas para o tratamento ABA para o TEA no início de 2012. Os procedimentos a seguir foram seguidos para desenvolver as versões inicial e revisada das diretrizes.

Versão 1.0: Um coordenador foi nomeado quem então criou um comitê de supervisão de cinco pessoas que delineou o processo geral de desenvolvimento e o esboço do conteúdo. O comitê de supervisão então solicitou líderes da área de conteúdo adicionais e escritores de um grupo nacional de especialistas que incluiu pesquisadores e profissionais para produzir um primeiro rascunho das diretrizes. O coordenador, o comitê de supervisão e a equipe do BACB então gerou um segundo rascunho que foi revisado por dezenas de revisores adicionais, que além de ser composta por especialistas em ABA, também incluiu consumidores e especialistas em políticas públicas. Esse segundo rascunho também foi enviado a todos os diretores do BACB para contribuições adicionais. O coordenador do projeto e a equipe do BACB então usou esse feedback para produzir o documento final, que foi aprovado pelo Conselho de Diretores do BACB. Os profissionais que atuaram como coordenadores, membros do comitê de supervisão, líderes da área de conteúdo, redatores de conteúdo e revisores eram todos especialistas em ABA conforme evidenciado pelos registros de publicação, experiência substancial no fornecimento de serviços ABA e posições de liderança dentro da disciplina.

Versão 2.0: Versão 2.0: O coordenador do projeto original e a liderança do BACB identificaram uma equipe de nível de Analistas do Comportamento doutores, todos os quais eram especialistas no tratamento ABA para o TEA. A equipe revisou cuidadosamente as diretrizes iniciais e, usando um processo de consenso, propuseram revisões e acréscimos ao documento para aumentar a clareza e complementar as orientações existentes. A equipe do BACB então gerou um rascunho revisado que foi enviado ao coordenador do projeto, membros da equipe de revisão e especialistas em políticas públicas para feedback adicional, após isso as diretrizes foram finalizadas.



The Council of Autism Service Providers

401 Edgewater Place,
Suite 600
Wakefield, MA 01880

info@casproviders.org

CASP
**The Council of Autism
Service Providers**

casproviders.org

(Anexo VI) - Contribuição de Exposição

Exposição

EXPOSIÇÃO:
Arte da Escrita
e da
Fotografia Inclusiva
na Diversidade
do Autismo

Elizia Fênix

Curitiba - PR

2023





Exposição

A exposição: **Arte da Escrita e da Fotografia Inclusiva na Diversidade do Autismo**, período que vai de 2020 a 2023.

Conta a história de Elizia Fênix, mãe de dois filhos adultos que vivem dentro do espectro do (TEA) Transtorno do Espectro Autista. Uma trajetória que começa em 2020 junto com a pandemia que determinou o isolamento social por tempo indeterminado da família. Um dos seus filhos, o mais novo fazia o curso de teatro, no início da pandemia entrou em crise e precisou de atendimento de emergência na clínica psiquiátrica, foi diagnosticado que tem (Asperger), hoje termo em desuso. Nesse período o filho mais novo com TEA, fez consultas online com o médico psiquiatra e com o saudoso médico neuropediatra, doutor em ciências médicas Clay Brites, que passa a treinar a mãe e o filho recém diagnosticado através do programa TEApoio, treinamento para pais de filhos autistas, que conscientizava

a mãe e o filho adulto do que é autismo e ensinava a mãe a lidar com o luto ao descobrir que tinha mais um filho autista.

Diante da impossibilidade dos dois filhos autistas de Curitiba saírem de casa, a mãe teve a ideia de atravessar o seu deserto, lendo livros sobre o que é autismo e seus prejuízos na vida do indivíduo. Diante das inúmeras descobertas que ela e seu filho fizeram resolveram escrever livros sobre o assunto unindo textos com fotografias da família, amigos, natureza e das campanhas de conscientização do que é autismo.

“Dia Mundial de Conscientização do Autismo”

A ONU (Organização das Nações Unidas), no fim de 2007, definiu todo 2 de abril como sendo o Dia Mundial de Conscientização do Autismo (no original em inglês: World Autism Awareness Day), quando cartões-postais de todo o planeta se iluminam de azul — no Brasil, o mais famoso é o Cristo Redentor — para

Exposição

lembrar a data e chamar a atenção da mídia e da sociedade para o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

O primeiro tema unificado em todo o país para (2020 e 2021), foi da comunidade envolvida com a causa do autismo no Brasil todo. Segue unida em uma campanha nacional para celebrar a data e a conscientizar, usando hashtag #RESPECTRO nas Redes Sociais (união das palavras “respeito” + “espectro”) e o tema “Respeito para todo o espectro”. Com a pandemia de Covid-19, o tema não conseguiu tanto destaque na mídia em 2020.

Em 2021 aconteceu a segunda campanha para divulgar a mensagem, conscientizar e pautar a sociedade para falar a respeito do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), o filho mais novo de Elizia foi indicado por seu médico neurologista, para participar da *live*, promovida pela empresa Edelman, uma

agência global de comunicação, e compartilhar suas vivências e dividir suas experiências relatadas no seu livro “AUTISMO NÃO TEM CARA”, evento com o tema: “EdelTalks: Vivências com Deficiências”, que aconteceu no dia 30 de abril de 2021, alusivo ao dia 2 de abril Dia Mundial de Conscientização do Autismo. Nessa *live* estavam presentes outros autistas, entre eles Nicolas Brito Sales, escritor, fotógrafo, artista plástico, por coincidência a mãe de Olavo já o conhecia, tanto ele como a sua mãe Anita Brites. A mãe de Olavo os conheceu no congresso internacional do TEA em 2017, na UFPR, em Curitiba.

Em 2022, a família e amigos de Olavo participaram da campanha nacional para o Dia Mundial de Conscientização do Autismo, com o tema “**Lugar de autista é em todo lugar**”, com a hashtag **#AutistaEmTodoLugar**, para promover uma mensagem inclusiva à sociedade em relação às pessoas autistas. Estrelado

Exposição

pelo André, o personagem autista da Turma da Mônica. O objetivo dessa campanha foi de conscientizar as pessoas a respeito do autismo. É uma mensagem da comunidade ligada ao autismo para toda a sociedade (de dentro para fora). A família de Olavo e amigos usaram na campanha as peças para divulgação criadas pelo designer Alexandre Beraldo (diretor de arte da Revista Autismo), com a colaboração do Instituto Mauricio de Souza. A campanha aconteceu por três horas no shopping Paládio e com o lançamento dos cinco livros: Arte da Escrita e da fotografia inclusiva na diversidade do autismo, na Feira do Poeta, Fundação Cultural, Largo da Ordem, prefeitura Municipal de Curitiba, Paraná.

Em 2023, Elizia Fênix em parceria com o canto e compositor cearense JotAlencar, família e amigos dos autistas de Curitiba Olavo e Erasmo, participaram da campanha nacional para o Dia Mundial

de Conscientização do Autismo, com o tema “Mais informação, menos preconceito”. **#AutismoMaisInformacao.**

Em paralelo a família de Olavo e amigos usaram na campanha as peças para divulgação criados pelo Projeto ARTISTA AUTISTA Elizia Fênix, camisetas, logo Amor Infinito, *banners*, poemas com imagens e canções que são responsáveis pela origem da exposição aqui descrita com o lema:

***“Todo dia é dia de conscientização
sobre o que é autismo”.***

Como foi a inclusão de Olavo Vatrım?

A primeira inclusão de Olavo Vatrım, aconteceu com o incentivo de sua mãe Elizia Fênix, escritora, compositora, poeta, e historiadora, quando ela inscreveu a crônica de sua autoria “O FIM DO CINEMA”, no “PARNASO POÉTICO, Volume IV, organizado pelos coordenadores: A poeta, jornalista e professora - Silvana Mello, e o poeta musicotor, escritor, Osmarosman Aedo, ambos membros da (APB) Academia Poética Brasileira.

A segunda inclusão, aconteceu quando o músico compositor cearense, escritor e poeta - JotAlencar, musicalizou o poema de Olavo Vatrım “ADEUS PARAISO”, do livro “ANSIEDADE, uma luta com o autismo” e o poeta, escritor e jornalista Mhario Linconl produziu, editou o vídeo e publicou no Facetubes,

Elízia Fênix

com apoio da (APB) Academia Poética Brasileira.

<https://www.facetubes.com.br/noticia/4270/elizia-fenix-se-didica-diuturnamenmte-para-realizar-projetos-pro-autistas-artistas-em-curitiba-pr>

A terceira inclusão, aconteceu quando JotAlencar os apadrinhou: Elizia Fênix e Olavo Vatrim ao Projeto Chá da Vida Brasil, do mentor Jones Pinheiro, que também é músico, escritor, compositor e apresentador, os acolhendo até os dias de hoje, juntamente com Projeto ARTISTA AUTISTA.

Exposição

O que é ser um profissional de excelência para atendimento a pessoas com TEA e familiares? Calma, não tenha pressa em responder esta pergunta. Ela é mais complexa do que parece. Alguém poderia responder: um profissional de excelência no TEA é alguém que estudou, que conhece as evidências científicas para atuar no autismo. Sim, claro, com certeza este é o ponto de partida sem o qual é impossível ser um profissional de excelência, mas, vamos um pouco além: Uma das principais habilidades de um bom profissional, seja ele terapeuta, educador, ou prestador de qualquer serviço que seja para pessoas com TEA.

Como assim?

Um ponto pacífico nos estudos sobre autismo é que não há como trabalhar de forma isolada. Toda aprendizagem precisa ser generalizada. O que é conquistado na clínica, precisa ser reforçado na escola, em casa, e assim por diante.

Nesse sentido, todo profissional de excelência no TEA é, de certa forma, um bom líder e um bom liderado. Conduz seus colegas de áreas complementares e se deixa ser conduzido dentro de um trabalho que é conjunto, coletivo, com um propósito único: o desenvolvimento da pessoa com TEA. Outra característica indispensável ao bom profissional no TEA é a resiliência. Ter habilidade de voltar ao estado original, mesmo após ser amassado, apertado, enfim, provado.

O trabalho com pessoas com TEA exige esta capacidade de suportar a quebra de expectativas, a realidade das conquistas e perdas, sabendo que o trabalho precisa continuar.

Afeto, dedicação, busca incessante pelo conhecimento, respeito e compromisso com as evidências científicas, formam o caráter de um profissional de excelência no TEA



**Todo dia é dia de conscientizar
sobre o que é autismo**

Elizia Fênix e Olavo Vatrím

Autismo não é modismo! Não é nada romântico ter um filho autista! Jamais banalize o diagnóstico do autismo!

In memoriam do Poeta Geraldo Magela Cardoso



Artismo! Não Tem Cara

Participação social no esporte

É importante que a família diversifique as atividades oferecidas ao familiar autista. Talvez não aprenda a jogar, mas aprende os nomes das peças, aprende preparar o tabuleiro e vai ensaiando jogadas. Sem falar do contato social que tem com os demais jogadores.



Foto 2019. Olavo Votem. Sua mãe Elízia Fênix e seu amigo Geraldo Magela, poeta.

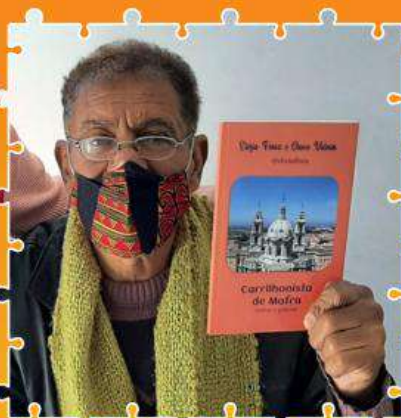
O Xadrez é um esporte, também considerado uma arte e uma ciência. Pode ser classificado como um jogo de tabuleiro de natureza recreativa ou competitiva para dois jogadores.

“Lugar de
autista é em
todo lugar”



Exposição

In memoriam do Poeta Geraldo Magela Cardoso



Tempo que Passa

Poeta cansado?
Venha.
Descanse
Em meus braços.
Sinta o calor
Do meu corpo.
Sinta
A carícia suave
Das minhas mãos.
Pronto.
Levanta.
Mais forte agora?
Tome os teus livros
E segue
O teu destino.
Já vou.
Não tenho
Mais nada
A fazer aqui.
Não precisa
Mais de mim.
O tempo
E a dor
Passam.
Fica
A Recordação.

Fonte (Carrilhonista de Mafra
contos e poesias - Elizia Fénix - 2020).

Para que serve a poesia?

Talvez para consertar um pouco o mundo, remendar o mundo, deslocando o olhar. Para escavar, talvez, encontrar, desenterrar sentimentos adormecidos, não com os instrumentos de um arqueólogo, mas com palavras, imagens, metáforas, alusões. Mas se a poesia está em tudo, o trabalho do poeta é apanhá-la com o olhar, as mãos e fazer do poema a sua morada, seu ninho. Se o poema voar até o coração do leitor e revirar seus sentimentos, terá cumprido seu destino.

Fonte: (Teias de afeto e poesia - Roseana Murray - 2020.)





Exposição



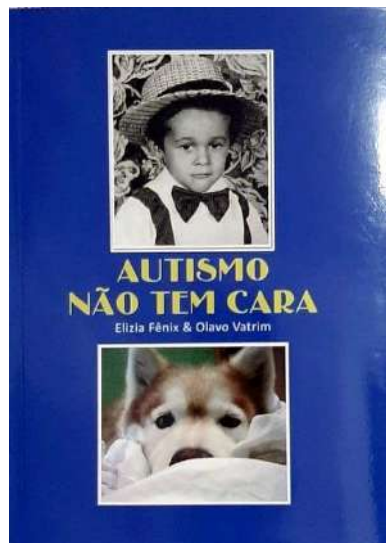
Sou Olavo Vatrím
Escritor autista

De Curitiba PR.

Nesta data tão especial dia 2 de abril
quero contar um pedacinho da minha
vida de autista.

02 de
Abril

dia mundial de
consciência
do autismo



Elízia Fênix



Olavo Vatrim
Escritor autista
de Curitiba

Hoje foi dia de campanha
no shopping

**02 de
Abril**

Dia Nacional de
Conscientização
do Autismo

**LUGAR DE
AUTISTA É EM
TODO LUGAR**

Exposição



MAIS INFORMAÇÃO MENOS PRECONCEITO



**Amor
Infinito**



**Generoso
Diferente
Misterioso
É o Amor
de mãe e
de DEUS**

O objetivo desta campanha é conscientizar as pessoas a respeito do autismo. É uma mensagem da comunidade ligada ao autismo para toda a sociedade (de dentro para fora)



O Dia Mundial da Conscientização do Autismo, 2 de abril, foi criado pela Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2007. Assim, essa data foi escolhida com o objetivo de levar informação à população. Além disso, a ideia é reduzir a discriminação e o preconceito contra as pessoas que estão dentro do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Apoio:
Revista AUTISMO e Canal AUTISMO - www.revistaautismo.com.br
#AutismoMaisInformacao #DiaMundialDoAutismo #autismo

MAIS INFORMAÇÃO MENOS PRECONCEITO



Amor Infinito



Generoso Diferente Misterioso É o Amor de mãe e de DEUS

O objetivo desta campanha é conscientizar as pessoas a respeito do autismo. É uma mensagem da comunidade ligada ao autismo para toda a sociedade (de dentro para fora)



O Dia Mundial da Conscientização do Autismo, 2 de abril, foi criado pela Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2007. Assim, essa data foi escolhida com o objetivo de levar informação à população. Além disso, a ideia é reduzir a discriminação e o preconceito contra as pessoas que estão dentro do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Apoio:
Revista AUTISMO e Canal AUTISMO - www.revistaautismo.com.br
#AutismoMaisInformacao #DiaMundialDoAutismo #autismo

Lançamento do Livro
Jaciara
A Senhora da Lua
Gruta das Encantadas Ilha do Mel



Autor Cantor e Compositor
Cearense Jota Alencar



Poeta e Declamadora
Elízia Fênix



JACIARA, A Senhora da Lua Gruta das Encantadas Ilha do Mel

Farol das Conchas

A lua exaltada
O mar dá ilha revoltado
A lancha sobe e desce
Entre ondas gigantes,
Trovões ribombam sem cessar
Bela Índia perde a direção,
Olha pro céu põe o véu e reza,
Iemanjá a rainha do mar
Vê tudo
E avista Menestrel de Araripe
A sua amada corre perigo
Em alto-mar,
Em meio à tempestade
Chega o seu amado
Pula no barco
Um beijo sabor de mel
Desfaz o gosto de fel.
Sua alma se acalma,
De volta ao trapiche,
Raios de sol despontam
Começam a ouvir a suave
E doce melodia
Vinda de mulheres nuas
Traçadas nas sombras
Vão surgindo.

A medida em que
As sereias se aproximam
O canto fica mais claro e intenso.
As misteriosas sereias
Dotadas de tão rara beleza
Nuas e com longos cabelos de algas
Deixa Menestrel de Araripe
Fascinado por uma delas:
A que tem os olhos cor de esmeralda.
Declara-se apaixonado por ela
Confla-lhe o seu desejo
De permanecer ao seu lado
Por toda a eternidade.
Ela diz que para ficarem juntos
Ele tem que morrer.
Yara, Bela Índia recupera a sua magia
Volta ao seu estado de sereia
Salva o seu amado.
Ambos juram
alimentar seus corações
Com a vitamina A
A vitamina do Amor
Mantendo sempre
O feixe de luz aceso
Como o Farol das Conchas
Que nunca se apaga.

Autora: Gláucia Fátima,
poeta e declamadora.



Bela Índia

Bela índia do amanhecer
Na floresta tem o teu cantar
Viva a natureza
Deus de toda a grandeza.
Viva a natureza
Deus de toda a grandeza.
Viva a natureza
Deus de toda a grandeza.
Teu poema tem alma de cristal
Poemas são rosas perfumadas
Teu verso cravado na rocha

Em forma de lua e sol
Índia, índia do amor
Índia, índia do amor
Índia, índia do amor
Bela Índia do amanhecer
Na floresta tem o teu cantar
Viva a natureza
Deus de toda a grandeza.
Viva a natureza
Deus de toda a grandeza.
Viva a natureza
Deus de toda a grandeza.

Autor: cantor e compositor,
cantor: Zé da Ilha.

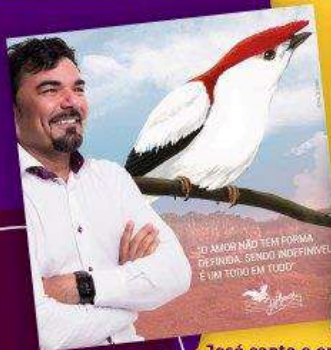


Arte da Escrita e da Fotografia Inclusiva na Diversidade do Autismo

Em torno de todo amor
Liberdade e união
Igualdade com valores
Zelo harmonia e paixão
Ilha da poesia
Anoitece e amanhece poema.

Fazendo da própria arte
Esmeraldas tão brilhantes
Não importa o que venha suceder
Irmãos da luz força que conduz
Xangrilá de amor e viver.

cantor e compositor cearense JotaAlencar



José canta e encanta
Olhar apaixonado e sereno
Tem brilho de um topázio
Amor singular
Lê pensamento
Espírito elevado
Navega mundo afora
Cantando e encantando feliz da vida
Amor sem fim toca em seu violão
Rastro de luz e carinho deixa pelo caminho.

Elízia Fênix poeta e declamadora.

Nasceu para encantar
Iniciou a sua vida
Contando belas histórias
Otimismo na escrita
Liderando com maestria
A arte e a poesia
Sai pelo mundo palestrando.

Brasileiro nato
Rompendo fronteiras
Igualdade sempre
Transparência e paz
O amor que nos traz
(Lê, lê, lê, lá rá rá, lá rá rá)

Saúde mental
Autista verdadeiro.
Liberdade. Liberdade.
Esperança. Esperança.
Salve. Salve

cantor e compositor cearense JotaAlencar



Exposição

Acróstico *NeuroSaber*

Naturalmente sabemos sobre o seu valor
E está no momento que chamamos de agora
União de forças com vigor e gloria
Reunindo mentes, extraíndo prantos.
O valor que nasce como o romper da aurora
Sabedoria plena nos fazendo viver
A arte construída na NeuroSaber
Baseada em fatos da vida real
Esperança viva de um amor formal
Relevantes Dons existentes no ser.

Autor da letra, música e interpretação:

JotAlencar
Voz & Violão
28/07/2023

Elízia Fênix

**Instituto Olavo Vatrim
Arte Educação & Cultura**

Acróstico Olavo Vatrim

**O amor pela arte
Lavou e me levou a minha alma
Alegrando o meu ser
Valente sempre presente
Olhando avante**



**Verdades coloridas
Amores em quadrinhos
Trabalho destemido
Raça cor e credo
Igualdade sim
Música violino**



**Composição e letra de JotAlencar
28.05.2023**

TOD@ M@E TEM SEU V@LOR

Autores: Elízia Fênix e JotAlencar



Mãe alma infinita aojo terrestre
Coração de ouro que brilha
E rebrilha nas gerações seguintes
Nos momentos bons
E difíceis de nossas vidas
Mãe de um coração grande e perfeito
O mundo precisa de vocês
Para cuidar educando nossas crianças...

Mãe tu me ensinaste a falar e pintar
Mãe de sangue ou adotiva igualmente
Mãe palavra mágica e doce
Mãe poderosa tão singela e docemente bela
Salve a mamãe que nunca se cansa
Que fez e fará tudo que for preciso
Salve a sua mamãe que a tem
No céu e na terra
Com um forte abraço e infinito amor



Exposição

Este poema “Adeus Paraíso”, autoria de Olavo Vatrím, do livro “Vinho de São Bento” música e arranjo JotAlencar, cantor e compositor cearense, com vídeo produzido pelo jornalista poeta e compositor Mhario Linconl, com o apoio da APB Academia Poética Brasileira.

Procurei o paraíso.
Perdi meu sorriso.
Vagando por uma
Terra estranha
Conheci uma garota
Que cantava e falava
De coisas sem sentido.
Não dei a devida atenção
Um dia ela foi embora
Restando só a sua memória.
Descobri que o paraíso
Não é um lugar
É uma pessoa para se amar.
Agora nesta terra
Bonita e esquecida
Fiquei perdido.
Restou só a saudade de um coração
Recheado de bondade.
Adeus paraíso.

Adeus
paraíso

Biografias dos Artistas

Quem é Elizia Fênix?

- Mãe de dois filhos adultos autistas
 - Mediadora de leitura
 - Escritora prosa poética
- Conscientizadora do que é autismo em escolas, igrejas, associações, livrarias e shopping.



- Autora de quatro livros
 - Sobre autismo
 - Experiência familiar
- Autora e aplicadora de dois projetos comunitários
 - De Incentivo à Leitura
 - Fênix e Manguari
- Coordenadora do Laboratório de Escrita e Leitura do TEA há 26 anos.

Exposição

Quem é JotAlencar?



JotAlencar é cearense, nasceu na cidade de Araripe, cantor, poeta e compositor, violonista, arranjador, escritor, canta e declama. As suas letras são de estilo romântico, poético, apaixonado, nobre e sentimental.

JotAlencar é nosso parceiro do canal do Youtube ARTISTA AUTISTA Elizia Fênix, um amigo generoso que doou um pouco do seu tempo ao nosso projeto. Quando falamos de JotAlencar, estamos falando de amizade verdadeira, estamos falando de amizade produtiva, veio lá de longe somar, enriquecer o nosso trabalho e também nossas vidas, nos conduzindo a melhorias.

@artistaautistaeliziafenix1694

Quem é Olavo Vatrim?



- Olavo Vatrim nasceu em Curitiba, tem 35 anos de idade, diagnosticado aos 8 anos de idade com TDAH e autista depois de adulto;
- Formou-se no pós-médio Curso Técnico em Informática para Internet PUCPR;
- Escritor e fotógrafo amador;
- Autor em parceria com Elizia Fênix de quatro livros sobre autismo e experiência familiar;
- Aplicador em parceria com Elizia Fênix do projeto Mapinguari de Incentivo à Leitura na comunidade;
- Um dos coordenadores do Laboratório de Escrita e Leitura do TDAH e TEA;
- Um dos conscientizadores do que é autismo em escolas, igrejas, associações, livrarias; shopping e órgãos públicos;

(Anexo VII) - Contribuição Associação Partiu Futuro / Arapongas, através da Presidente Simone de Almeida (Ofício 04/2023)



Ofício n.º 0004/2023

À Subcomissão Especial do Autismo
Comissão de Saúde Câmara dos Deputados

Assunto: **Problemática enfrentada no Município de Arapongas/Paraná pelas famílias com crianças/adolescentes/adultos portadoras do Transtorno do Espectro Autista.**

A PARTIU FUTURO EM PROL DO AUTISMO E DEFICIÊNCIAS, com sede provisória na Rua Saracura do Banhado, 141, Jardim Brasil, Arapongas-Paraná, ONG legalmente constituída com CNPJ sob o n.º 44.002.591/0001-01, neste ato representada por sua Presidente Simone de Almeida Santos Sponton, inscrita no CPF sob o n.º 007.793.809-75, vem por intermédio deste expor as maiores dificuldades enfrentadas pelas famílias onde tem pessoas com o diagnóstico do Autismo bem como sugerir melhorias, conforme a seguir:

A) Problemáticas:

- 1) **Grande dificuldade no diagnóstico:** por vários fatores: Em Arapongas contamos somente com uma médica nessa especialidade 1 vez ao mês, gerando filas gigantesca, na média de 2 anos de espera.
- 2) Quando a família carente consegue a consulta o profissional da saúde solicitada vários exames até a conclusão de um laudo, onde atualmente temos uma



demanda reprimida levando de mais de 1 ano até conseguir todos os exames como (bera, ressonância entre outros);

- 3) Uma criança que poderia estar com o diagnóstico precoce fechado para iniciar um tratamento com maiores chances de progresso se perde mais de 2 anos;
- 4) Quando finalmente se tem o diagnóstico depois de muitas vezes 3 à 4 anos em busca, não consegue o tratamento multidisciplinar, hoje temos uma demanda reprimida de fonoaudiólogos de mais de 200 crianças na fila de espera; Os que estão sendo atendidos somente uma vez na semana ou a cada 15 dias na sessão de 30 min, ou seja praticamente sem tratamento, uma vez que são necessários uma carga horária bem maior; No tocante a especialidade de psicólogo a maioria cadastrado no sistema de saúde público não são especialista na área e também sessões a cada 15 dias; Terapia Ocupacional não existe na rede pública, Fisioterapia com Treinamento Locomotor especializada para o autismo também não existe, ressaltando que a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia são tratamentos essenciais em muitos casos até mesmo para um bom comportamento (manter-se quieta) o grande desafio de um Autista na maioria das vezes, tendo em vista que a criança pode não conseguir em razão de fraqueza muscular.
- 5) Fator muito preocupante também está na rede de ensino onde não temos professores de Apoio para todos os que precisam, embora exista a Lei não pode ser cumprida em



razão de não constar o valor de repasse na contratação de professores auxiliares. Acontece de salas estarem fechadas para o professor estar auxiliando uma criança, ou até mesmo um profissional para atender mais de 3 alunos, ou em regime itinerante que nem sempre é o aconselhável para determinados casos, onde a criança necessita de suporte 100% do período da escola;

- 6) Em contrapartida para as crianças com nível do autismo moderado ou grave ou até mesmo com grandes atrasos desenvolvimento o Único local de ensino estruturado no Município de Arapongas hoje é a APAE, porém não consegue absorver a alta demanda de novos diagnósticos, estimado hoje no Município mais de 1000 crianças.
- 7) Falta de fornecimento de medicamentos essenciais no tratamento do Autista pela Rede Pública.

B) Sugestões / reivindicações:

- 1) Implantação de cursos de capacitação aos profissionais da área médica/educação, ou mesmo contratação de profissionais qualificados e médico Neuropediatra;
- 2) Alteração da Política Pública no orçamento Municipal para contratação de professores de APOIO de acordo com a quantidade de crianças Autistas matriculadas, no ensino regular.



- 3) Implantação de Centro de Atendimento Educacional Especializado (Transtorno Global do desenvolvimento), com esse ensino estruturado direcionado aos Autistas muitos que estão hoje em ensino regular “tentando” uma “inclusão deficiente” certamente iriam para o Centro.
- 4) Centro de tratamento para equipe multidisciplinar, onde já existe garantia, porém não existe os profissionais para atendimento;
- 5) Efetividade das leis já existente, pois a falta do tratamento enquanto crianças podem gerar um adulto com comorbidades ainda maiores.

Atenciosamente,

SIMONE DE ALMEIDA SANTOS SPONTON
Presidente Partiu Futuro
(43) 99186-8604

(Anexo VIII) - Contribuição Associação Partiu Futuro / Arapongas (Projetos Desenvolvidos), através da Presidente Simone de Almeida (Ofício 05/2023).

Ofício nº 005/2023

Bela Vista do Paraíso, 25 de setembro de 2023.

Excelentíssimo Senhor,

Assunto: Medicamento de alto custo:

Canabidiol 200mg/ml

Nós da AMAB (Associação dos amigos dos autistas Belavistenses), agradecemos a oportunidade de participar deste Encontro Regional, para debater sobre novas políticas públicas para as pessoas TEA (Transtorno do Espectro Autista)

Meu nome é Erika Schmidt Mesquita sou presidente da AMAB, fundada em 27/06/2023. Somos uma associação formada por pais e amigos de autistas e temos como objetivo principal : atender pessoas com TEA e seus familiares, promovendo seu desenvolvimento integral por meio de ações pedagógicas, terapêuticas e sociais, nas áreas de saúde e prevenção, propiciando bem estar e a melhoria da qualidade de vida. Sou mãe do Thomas, que possui autismo atípico (CID-10/F84.1), e foi diagnosticado aos 06 anos de idade. Sendo que, desde o diagnóstico toma vários medicamentos de uso controlado, e sempre é necessário fazer trocas destes medicamentos, porque conforme ele vai crescendo, acaba perdendo o efeito. Atualmente está na puberdade, o que está deixando-o bem agressivo, tendo muita dificuldade em se socializar.

No momento o Thomas está tomando além de quatro medicamentos de uso controlado, o CANABIDIOL de 200mg/ml, duas vezes ao dia (sendo 0,5ml cada dose) que apesar de ser um medicamento de alto custo, ele é bastante eficaz, pois após várias trocas de medicamentos, percebeu-se que o Canabidiol está melhorando muito o cognitivo dele o seu comportamento agressivo e antissocial.

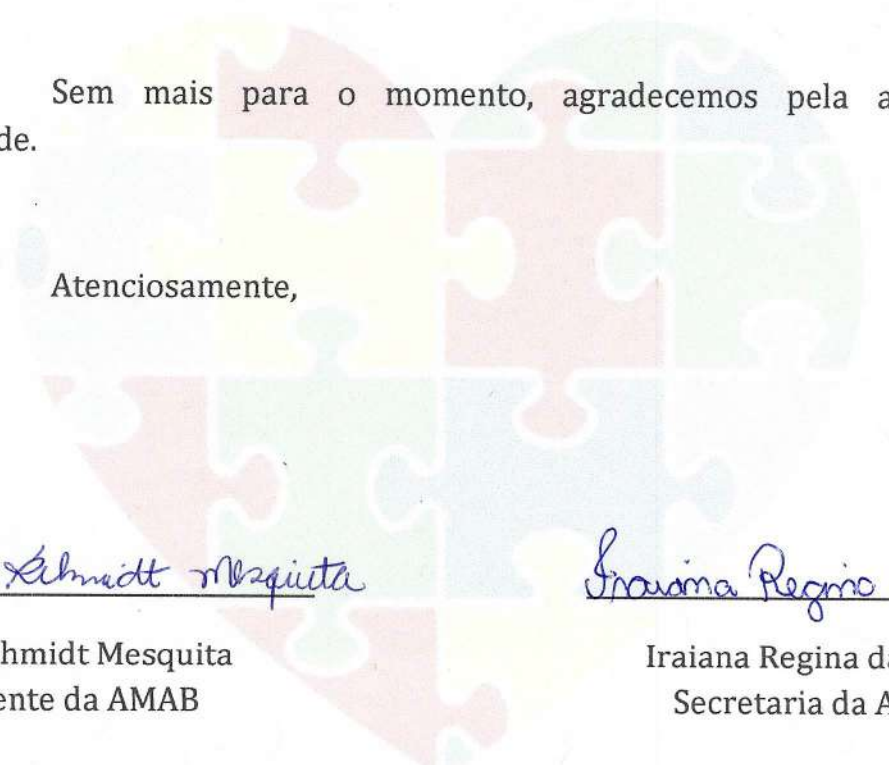
A nossa Associação tem no momento : 36 mães de autistas associadas, sendo que, uma grande parte dos portadores de TEA (associados na AMAB), das mais variadas idades, estão fazendo o uso do Canabidiol 200mg/ml. E segundo o

relato das mães associadas, apresentaram uma SIGNIFICATIVA MELHORA NO COGNITIVO E NA SOCIALIZAÇÃO DOS AUTISTAS.

Portanto solicitamos que Vossa Excelência, através de normativas legais (leis e portarias/decretos), solicite a inclusão do medicamento CANABIDIOL de 200mg/ml para todos os portadores de TEA do Estado do PARANÁ, no sistema único de saúde (SUS), considerando o alto custo do mesmo, o que dificulta o acesso dos pacientes com TEA ao medicamento. É importante salientar, que para o CID-10/F. 84, o SUS só fornece o medicamento RISPERIDONA.

Sem mais para o momento, agradecemos pela atenção e oportunidade.

Atenciosamente,



Erika Schmidt Mesquita

Erika Schmidt Mesquita
Presidente da AMAB

Iraiana Regina da Silva

Iraiana Regina da Silva
Secretaria da AMAB

Excelentíssimo Senhor

Diego Garcia

D.D. Deputado Federal

Estado do Paraná.

**(Anexo IX) - Contribuição Associação dos Amigos Autistas Belavistenses
- AMAB (Ofício 04/2023).**



AMAB

Associação dos Amigos dos
Autistas Belavistenses

Ofício nº 004/2023

Bela Vista do Paraíso, 28 de setembro de 2023.

Excelentíssimo Sr. Deputado Diego Garcia.

Assunto: Professor de apoio Educacional especializado (PAEE)

Nós da AMAB (Associação dos Amigos dos Autistas de Bela Vista do Paraíso/Paraná), agradecemos pela oportunidade de participar de um debate tão relevante, como esse que Vossa Excelência está corajosamente empreendendo. Comprendemos a necessidade urgente, de leis que defendam a causa das pessoas portadoras do Espectro Autismo, bem como que essas leis sejam integralmente efetivas, em todos os setores da sociedade.

Me chamo Cristiani Renata Martini Cossa, sou professora QPM do Estado desde 2009, e mãe de André, que é autista. Percebo que as leis relacionadas ao direito dos autistas, nem sempre são efetivas. Em meu caso em particular, todo início de ano letivo é uma luta para conseguirmos a professora de apoio (PAEE), pois sempre acontece alguma dificuldade na contratação desse profissional. E isso ocorre em quase todos os casos de famílias, que têm filhos autistas.

De acordo com as Leis do país, crianças e adolescentes autistas têm o direito de estudar em escolas "convencionais", assessorados integralmente por um professor de Apoio Educacional Especializado (PAEE), durante todo processo pedagógico do ano escolar. Contudo, esse direito muitas vezes tem sido negado à muitos alunos, ou em algumas situações (como no meu caso em particular), precisamos recorrer ao NRE (Núcleo Regional de Educação de Londrina), para que esse profissional seja contratado. Todo início de ano é um tormento, porque precisamos comprovar a necessidade desse profissional, embora seja de conhecimento de todos, que pessoas com TEA não se "curam" desse transtorno de um ano para o outro, necessitando sempre de um apoio que os oriente a cumprir as tarefas escolares, bem como os ajude na socialização com colegas, professores e demais profissionais da escola.

Por isso é de suma importância, que existam leis que assegurem a inclusão escolar de forma efetiva, em todas as etapas do Ensino Infantil e Fundamental, Médio e Superior (no caso de estudantes, que consigam alcançar esse nível).

Sem mais para o momento, agradecemos pela cordial e gentil atenção, com votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Cristiani Renata Martini Cossa

Conselho Deliberativo da AMAB e mãe de autista

Erika Schmidt Mesquita

Presidente da AMAB e mãe de autista

(Anexo X) - Contribuição Associação dos Amigos Autistas Belavistenses - AMAB (Ofício 05/2023) Presidente Érika Schmidt Mesquita

Ofício nº 005/2023

Bela Vista do Paraíso, 25 de setembro de 2023.

Excelentíssimo Senhor,

Assunto: Medicamento de alto custo:

Canabidiol 200mg/ml

Nós da AMAB (Associação dos amigos dos autistas Belavistenses), agradecemos a oportunidade de participar deste Encontro Regional, para debater sobre novas políticas públicas para as pessoas TEA (Transtorno do Espectro Autista)

Meu nome é Erika Schmidt Mesquita sou presidente da AMAB, fundada em 27/06/2023. Somos uma associação formada por pais e amigos de autistas e temos como objetivo principal : atender pessoas com TEA e seus familiares, promovendo seu desenvolvimento integral por meio de ações pedagógicas, terapêuticas e sociais, nas áreas de saúde e prevenção, propiciando bem estar e a melhoria da qualidade de vida. Sou mãe do Thomas, que possui autismo atípico (CID-10/F84.1), e foi diagnosticado aos 06 anos de idade. Sendo que, desde o diagnóstico toma vários medicamentos de uso controlado, e sempre é necessário fazer trocas destes medicamentos, porque conforme ele vai crescendo, acaba perdendo o efeito. Atualmente está na puberdade, o que está deixando-o bem agressivo, tendo muita dificuldade em se socializar.

No momento o Thomas está tomando além de quatro medicamentos de uso controlado, o CANABIDIOL de 200mg/ml, duas vezes ao dia (sendo 0,5ml cada dose) que apesar de ser um medicamento de alto custo, ele é bastante eficaz, pois após várias trocas de medicamentos, percebeu-se que o Canabidiol está melhorando muito o cognitivo dele o seu comportamento agressivo e antissocial.

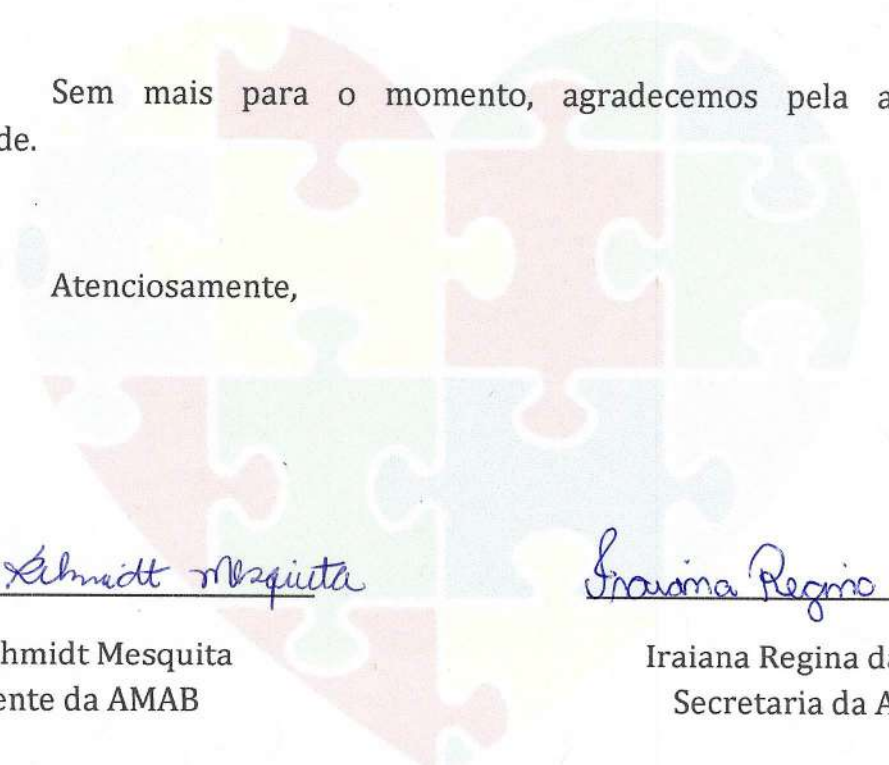
A nossa Associação tem no momento : 36 mães de autistas associadas, sendo que, uma grande parte dos portadores de TEA (associados na AMAB), das mais variadas idades, estão fazendo o uso do Canabidiol 200mg/ml. E segundo o

relato das mães associadas, apresentaram uma SIGNIFICATIVA MELHORA NO COGNITIVO E NA SOCIALIZAÇÃO DOS AUTISTAS.

Portanto solicitamos que Vossa Excelência, através de normativas legais (leis e portarias/decretos), solicite a inclusão do medicamento CANABIDIOL de 200mg/ml para todos os portadores de TEA do Estado do PARANÁ, no sistema único de saúde (SUS), considerando o alto custo do mesmo, o que dificulta o acesso dos pacientes com TEA ao medicamento. É importante salientar, que para o CID-10/F. 84, o SUS só fornece o medicamento RISPERIDONA.

Sem mais para o momento, agradecemos pela atenção e oportunidade.

Atenciosamente,



Erika Schmidt Mesquita

Erika Schmidt Mesquita
Presidente da AMAB

Iraiana Regina da Silva

Iraiana Regina da Silva
Secretaria da AMAB

Excelentíssimo Senhor

Diego Garcia

D.D. Deputado Federal

Estado do Paraná.

(Anexo XI) - Contribuição da Diretora do Departamento Municipal de Saúde Sra. Carla Brandão de Oliveira do Município de Bela Vista de Paraíso.



Bela Vista do Paraíso, 25 de setembro de 2023

Assunto: Solicitação referente às demandas de pacientes com TEA e seus familiares

Excelentíssimo Senhor:

Cumprimentando-o cordialmente venho por meio deste, primeiramente agradecer Vossa Excelência, pelos relevantes serviços prestados como Deputado Federal, motivo que nos leva ao inquestionável reconhecimento da importância de tê-lo como nosso representante.

Na oportunidade, gostaria de solicitar ao nobre Deputado, que sejam viabilizadas políticas públicas com incentivo financeiro para oferta de atendimento e terapias tanto medicamentosas, quanto comportamentais para contribuir com a qualidade de vida dos autistas.

Em conjunto com um grupo de mães no município de Bela Vista do Paraíso, foi fundada uma associação de pais e familiares com o objetivo de estabelecer parceria com órgãos como o departamento de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos autistas. Contudo, sabe-se que será insuficiente uma vez que tal atendimento exige investimentos em recursos físicos e qualificação de força de trabalho especializada.

Ademais, temos encontrado especial dificuldade e barreira na concessão de medicamentos ofertados pelo CEAF (componente especializado da assistência farmacêutica) com relação ao medicamento risperidona concedido apenas para crianças acima de cinco anos de idade conforme a bula do medicamento. Porém, diante de estudos científicos vários especialistas vem prescrevendo o medicamento em idade inferior.

Outros medicamentos não incorporados pelo RENAME (SUS) e que já fazem parte de solicitações diárias na realidade do município são: Acido Valproico 250 mg (ampliar para outros CIDs), aripiprazol (todas as miligramas), canabidiol 200 mg/ml (verificar a possibilidade de incluir no SUS os que já foram recentemente liberados pela ANVISA).



PREFEITURA
DOMUNICÍPIO
DE BELA VISTA
DO PARAÍSO
ESTADO DO PARANÁ
DEPARTAMENTO
MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Elpidio Sestare, 430 – CEP. 86.130-000 – ☎: (43) 3242-1545 E-mail: saudebvp@yahoo.com.br

Na certeza de contar com Vosso pronto atendimento, desde já agradeço e coloco-me à disposição para trabalharmos juntos em prol do desenvolvimento do Município de Bela Vista do Paraíso.

Aproveito a oportunidade para renovar ensejos de estima e apreço.

Atenciosamente,


CARLA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Diretora do Departamento de Saúde

Carla Brandão de Oliveira
Diretora do Departamento de Saúde
CPF: 004.454.079-56

**Excelentíssimo Senhor
Diego Garcia
D.D, Deputado Federal
Estado do Paraná.**

(Anexo XII) - Contribuição mãe de TEA Adriana Maria de Silva Duarte.

Mãe de TEA: ADRIANA MARIA DA SILVA DUARTE

Endereço: rua João Pícolo nº 735

Telefone: (43)996311135

Data: 28/09/2023

**Excelentíssimo Deputado Federal Diego Alexsander Gonçalo Paula Garcia E-mail:
dep.diegogarcia@camara.leg.br**

Telefone: (43) 99110-0019

Endereço: Gabinete 910 - Anexo IV - Câmara dos Deputados

Sugestão de projeto de Lei para Inclusão de Equipe Multidisciplinar e Acompanhante Terapêutico Especializado no Ensino Superior para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

Solicitamos que exista leis que tem por objetivo promover a inclusão efetiva e garantir suporte adequado a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) matriculadas em instituições de ensino superior.

Solicitamos que as instituições de ensino superior constituem e mantem uma equipe multidisciplinar especializada, composta por profissionais de saúde, educação e áreas afins, para oferecer suporte integral e inclusivo aos estudantes com TEA.

Solicitamos que exista uma equipe multidisciplinar que deverá ser devidamente capacitada para oferecer suporte pedagógico, psicológico, terapêutico e adaptativo, visando à plena integração dos estudantes com TEA no ambiente acadêmico.

Solicitamos ser assegurado o direito dos estudantes com TEA de serem acompanhados por um professor ou acompanhante terapêutico especializado durante suas atividades acadêmicas, adaptado conforme suas necessidades individuais.

Solicitamos que o professor ou acompanhante terapêutico seja designado pela instituição de ensino e deverá possuir a devida qualificação e experiência para atender às necessidades específicas dos estudantes com TEA.

Solicitamos que as instituições de ensino superior promovam a conscientização sobre o TEA, capacite seus docentes e demais profissionais para a inclusão e o atendimento adequado aos estudantes com TEA, bem como proporcionar informações sobre estratégias de ensino e adaptação curricular.

Solicitamos, respeitosamente, que Vossa Excelência considere a proposta e, se possível, encaminhe-a para análise e elaboração para incorporar no Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Agradeço a sua atenção e apoio em prol dessa importante iniciativa que visa promover a inclusão e o bem-estar dos autistas em nossa sociedade.

Mãe de TEA: ADRIANA MARIA DA SILVA DUARTE

E-mail: adriana_duarte80@hotmail.com

(Anexo XIII) - Contribuição Professoras Fernanda e Sílvia do Atendimento Educacional Especializado da Sala de Recursos Multifuncional de Londrina

Referente ao diagnóstico precoce já bem ressaltada a sua importância nesse encontro regional sobre autismo, entendemos que para que esse diagnóstico aconteça em momento oportuno é necessário uma equipe multidisciplinar. Primeiramente que haja mais neuropediatras no sistema do SUS sem tantas tramitações, para conseguir uma consulta com esse especialista. Após diagnóstico, além do funcionamento da sala de recursos para ofertar o atendimento educacional especializado, muitos alunos autistas e outros transtornos e deficiências necessitam de atendimento fonoaudiológico e acompanhamento psicológico para que possam se desenvolver seu potencial, suas habilidades e assim, também melhorar seu rendimento acadêmico.

Enquanto professora da sala de recursos busco fazer além do meu trabalho visando o meu compromisso com o aprendizado e desenvolvimento de habilidades dos meus alunos bem como o desenvolvimento integral dos mesmos. Acredito também no trabalho desenvolvido por minhas colegas, professoras da sala de recursos, contudo não somos capacitadas para suprir as necessidades específicas na área fonoaudiológica e psicológica.

Desse modo, gostaria de saber

111

Sobre as condições para que esse diagnós-
tico precise possa acontecer. Como
suprir a demanda de especialistas:
Psicólogos, fonoaudiólogos no caso
de tratamento e neuropediatras para
o diagnóstico necessário?

Professora de atendimento educacional
especializado na sala de recursos
multifuncional do município de
Londrina.

Fernanda (43) 984324115

Silvia (43) 99996 1040

(Anexo XIV) - Contribuição da Sra. Francielle, mãe da Rebeca Autista com 04 anos de idade, Tesoureira da Associação Anjo Azul de Bandeirantes

ENCONTRO REGIONAL 28/09/2023

Boa tarde a todos!

Sou Francielle, mãe da rebecca autista com 4 anos de idade, sou tesoureira da associação anjo Azul de bandeirantes – Pr e hoje estou aqui representando a entidade, nesse encontro regional, Gostaria desde já de agradecer a oportunidade dada pelo deputado Diego Garcia de participar desse grandioso evento.

Vou contar um pouquinho da associação, ela foi Fundada em 2019 por pais e mães de autista com objetivo principal de conseguir atendimento multidisciplinar gratuito e cumprimento de direitos dos autistas e sonha em construir sua sede com moradia assistida.

A associação atende autistas de todas as idades, atualmente realiza 105 atendimentos semanalmente com psicóloga e fisioterapeuta aos autistas de 11 municípios da região tendo em vista que na região NÃO EXISTE tratamento gratuito e nem fornecido pelo SUS com método ABA cientificamente comprovado para o tratamento do autista.

Entendemos que o tratamento precoce é de fundamental importância, mas nos preocupamos muito com os autistas adultos que necessitam também de acompanhamento terapêutico.

Hoje aqui queremos juntos externar que embora exista a lei Berenice Piana tal lei não é cumprida como deveria, trazendo grande prejuízo aos nossos autistas e desgaste emocional imensurável a toda família.

Por isso acreditamos que hoje a discussão sobre políticas públicas é necessária, tendo em vista que a lei atual para autistas foi promulgada em 2012 e precisamos reformular vários pontos.

Como associação, queremos sugerir algumas questões que devem ser melhoradas ou criadas, com base nas dificuldades que já apareceram na associação:

. Queremos que após o diagnóstico tenhamos as terapias em tempo hábil, não podemos perder tempo indo até a justiça e aguardar anos para ver nossos filhos autistas fazerem uma terapia de 1 hora semanal.

. Após o diagnóstico os pais dos autistas vivem uma luta contra o tempo, pq é cientificamente comprovado que até os 5 anos o cérebro tem uma capacidade enorme de se desenvolver, não que após isso não 'seja mais

necessário pois o autista esta em constante evolução, mas é o ideal tratamento multidisciplinar precoce.

. queremos direito a mais de um acompanhante em quarto de hospital e quarto individual para o autista, temos uma história na associação de uma mãe que ficou com o filho com pneumonia no hospital por mais de 15 dias e o hospital se recusava a deixar que ficasse com mais de um acompanhante no quarto, assim como poderia a mãe com o filho autista nível 2 de suporte de 5 anos tomar um banho, se alimentar sem ajuda de um terceiro? Sem falar do apoio emocional, imagino que aqui todos saibam como é difícil estar em um hospital.

. Queremos também reforçar o direito do autista como deficiente a se matricular em escola próxima a sua residência, devendo haver reserva de vagas para eles, pois nos deparamos com casos em que o município alegando estar com vagas preenchidas mandam o autistas para escolas longe de suas residências, dificultando assim o transporte desses pelos seus pais.

. Queremos que o adulto que faça curso superior tenha seu direito ao acompanhante cumprido.

. Queremos que os banheiros de locais públicos sejam adequados aos nossos autistas, tendo em vista que muitos as vezes adultos fazem uso de fralda ou fazem suas necessidades nas roupas, a maioria do banheiros não oferecem estrutura para higiene de adultos apenas adaptação para deficiência física.

. Aqui deixo relato de uma mãe que foi em um grande parque e chegando lá o filho autista adulto evacuou na roupa e ao chegar ao banheiro não tinha um chuveiro não tinha ducha não tinha estrutura nenhuma e teve que com uma garrafinha de agua lavar as partes intimas do filho. Momento difícil.

Por isso estamos aqui buscando o melhor para nossos autistas, para poder aliviar o peso que é esse transtorno nas vidas das pessoas que convivem com ele diariamente.

Boa noite.

Muito obrigado plos autistas. Doc

* Outra sugestão, gostaríamos de pedir para que haja uma mudança, com relação ao professor mediador pelo Estado. Atualmente, anualmente é feito uma prova pelo PSS, e há uma classificação, porém esses contratos podem ser renovados por até 2 anos. Como mães de autistas, sabemos o quão é difícil até que se crie um vínculo entre autista e mediador, leva-se semanas e até meses, e quando esse vínculo que é importantíssimo para o desenvolvimento cognitivo e social do aluno, o ano letivo acaba um novo ano escolar começa, troca-se de mediador, e todo esse processo causa transtornos para os autistas e seus familiares, sabemos que existe uma classificação a ser obedecida, mas no caso em que há uma boa adaptação tanto do aluno quanto do mediador, acaba sendo benéfico para todos.

Pego encarecidamente para que o deputado possa levar esse pedido para assembleia, para que juntos Estado e Escola caminhem juntos para propiciar um bom atendimento para nossos filhos.

(Anexo XV) - Contribuição da Associação dos Autistas de Cambé – ADAC

ADAC



ASSOCIAÇÃO DOS AUTISTA DE CAMBÉ

CNPJ:49.575.284/0001-33

Rua Espanha 523 Centro – Cambé – PR

E-mail: adacassociacao374@gmail.com

(43)984591319

MEDIDAS IMPORTANTES PARA A CAUSA AUTISTA

- Promover mais campanhas de divulgação sobre o autismo por vários meios de comunicação para que a sociedade em geral tenha acesso a mais informações sobre este tema;
- Investir em mais cursos de graduação na área de fonoaudiologia e terapia ocupacional, dois cursos de extrema importância e que não é oferecido em nossa região. Tornando a demanda muito maior do que a quantidade de profissionais da área;
- Melhor capacitação para professores regentes e professores de apoio;
- Contratar um número maior de neurologistas, neuropediatras e psiquiatras para o CISMENPAR, a fim de diminuir o tempo de espera que hoje está entre 2 a 4 anos. É inaceitável esse tempo para que o autista receba o laudo, afeta diretamente o seu desenvolvimento;
- Contratação de neurologistas e neuropediatra para a policlínica de Cambé e reduzindo assim fila de espera no CISMENPAR , onde pode ser feito o acompanhamento pós laudo facilitando o tratamento para as mães de Cambé e região;
- Construção de um centro para autista em Cambé pois para tudo precisamos recorrer a Londrina, e com o grande aumento de demanda não está sendo suficiente;
- Maior apoio para associações, entidades e grupos que lutam pela causa autista, auxiliando efetivamente de forma financeira, social e cultural;
- Unificar as carteirinhas de transportes para facilitar a locomoção dos autistas para as terapias visto que hoje temos um grande número de carteirinhas diferentes para a mesma função. A carteirinha de transporte do governo Federal já poderia valer para o transporte terrestre municipal, intermunicipal e interestadual;

(Anexo XVI) - Contribuição de Proposta de Parceria Solidária (Livro Vozes no Espectro @vozesnoespectro) Meta distribuição de 10.000 exemplares



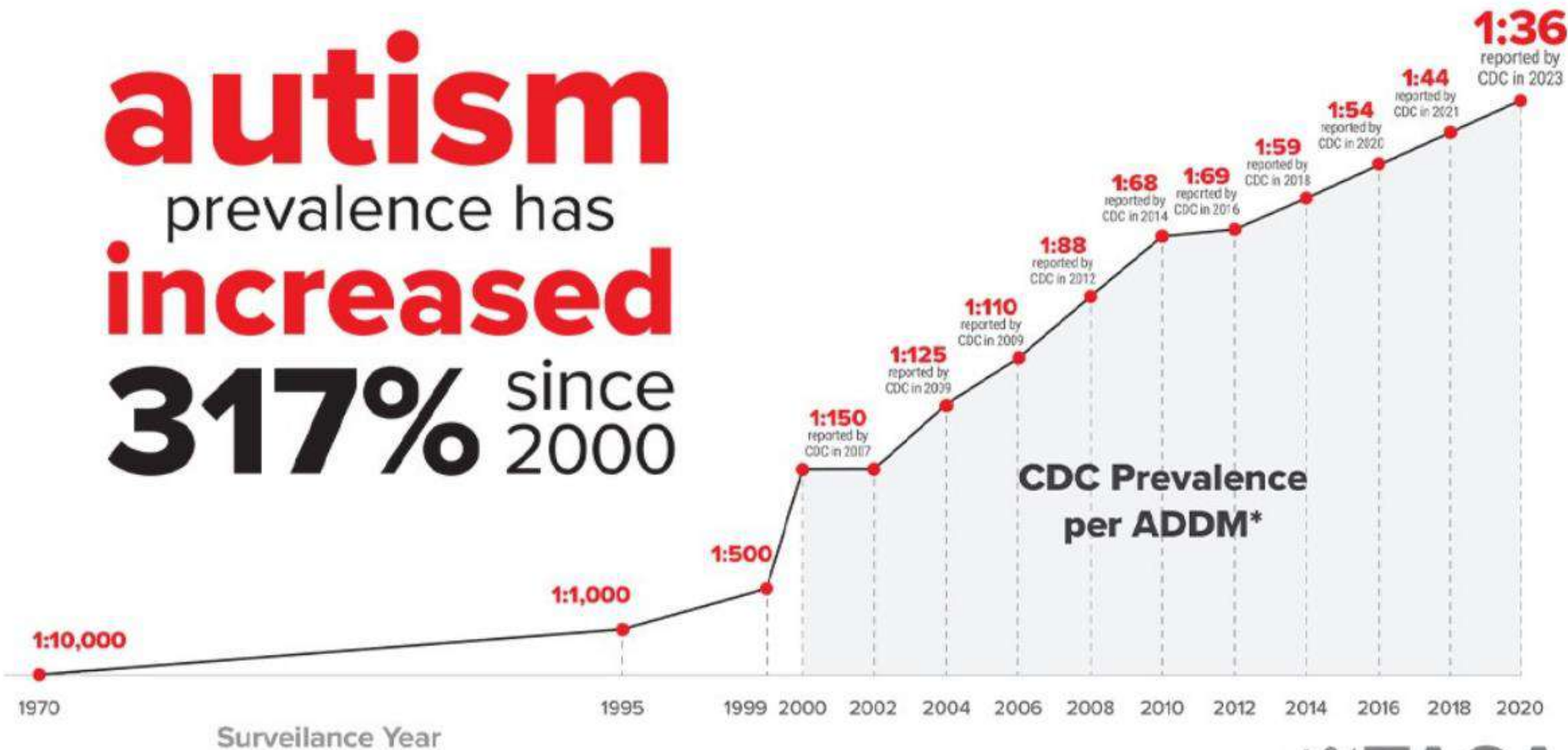
Proposta de Parceria

Livro

"DIFERENTES OLHARES PROFISSIONAIS
SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA"

Realização independente

autism prevalence has increased 317% since 2000



*ADDM (Autism and Development Disabilities Monitoring Network)





@VOZESNOESPECTRO

Autismo em alta

Uma **epidemia** de necessidades



Idealizador Cláudio

META – distribuição de 10.000 livros



Vimos através deste documento apresentar o projeto acima mencionado o qual tem como objetivo, a formação de uma equipe multidisciplinar, onde, cada profissional poderá apresentar e contribuir com seus conhecimentos e trabalhos desenvolvidos em sua área específica, com as crianças que apresentam Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A distribuição deste livro será GRATUITA em escolas, áreas de saúde e famílias que tenham crianças com TEA, assim facilitando seu dia-a-dia, e podendo compreender melhor o seu comportamento.



NÃO VISAMOS LUCRO, NEM PAGAMENTO PARA OS PARTICIPANTES.

O VALOR ARRECADADO SERÁ SOMENTE PARA IMPRESSÃO DO LIVRO.



Ilece



Instituto Flavia Cristina



Iepel – Instituto de Especialidades
Pediátricas



Consultório Dra Francielle Franco
Schmitd



Local do Evento de lançamento do livro



A definir

- Cidade sede – Londrina - Data a definir – mês de ABRIL 2024
- Perfil - ABERTO AO PÚBLICO
- Participantes - Patrocinadores e população em geral

Escritoras do tema “O trabalho do Instituto Londrinense de Educação para Crianças Excepcionais – ILECE junto a pessoa com Transtorno do Espectro Autista na educação, assistência social e mercado de trabalho”.



Adriana Martinelli Casagrande

Andréa Gama Piana

Glauca Maria Machado Sorgi



ADRIANA MARTINELLI CASAGRANDE

- Assistente social graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) com especialização em Gerontologia. Atua como assistente social no Instituto Londrinense de Educação para Crianças Excepcionais (ILECE) desde 2013.

Escritoras do tema “O trabalho do Instituto Londrinense de Educação para Crianças Excepcionais – ILECE junto a pessoa com Transtorno do Espectro Autista na educação, assistência social e mercado de trabalho”.



ANDRÉA GAMA PIANA



- Professora graduada em Educação Artística (Unopar) e em Pedagogia (Uninter) com especialização em Comunicação Visual em Mídias Interativas (Unopar), Educação Especial (Unopar), Transtorno do Espectro Autista (Uninter) e Análise do Comportamento Aplicada (ABA) na Educação de Pessoas com TEA (Rhema Educação). Mestre em Comunicação pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).
- Atua como professora no Instituto Londrinense de Educação para Crianças Excepcionais (ILECE) desde 2003 e professora de cursos de especialização nas áreas da Educação Especial, Transtorno do Espectro Autista e Arte-Educação.

GLAUCIA MARIA MACHADO SORGI



- Assistente social graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), com especialização em Gerontologia. Atua como assistente social no Instituto Londrinense de Educação para Crianças Excepcionais (ILECE) desde 2000.

Escritor do tema “Atenção especial no corte de cabelo em crianças com espectro autista”



ADRIANO DE SOUZA – (Empresário /Salão de Beleza Infantil BRINCABELARIA)

- Salão de Beleza Infantil BRINCABELARIA (desde 2005)- Salão MISTER CUCA - Beleza Infantil Juvenil (desde 2000)
- Formado em Administração e Auditor Líder em Gestão de Qualidade.

Escritora do tema “Direito dos Autistas”



AMANDA BENAVENTO – (mãe de autista)



- Presidente da Comissão dos Direitos da Pessoa com Deficiência da OAB – Londrina Certificada em Direito das Pessoa Autistas e PCDs,
- Graduada em Direito pela Universidade Positivo – Londrina,
- PÓS-GRADUADA em: Direito e Processo Penal; Medicina Legal; Perícias Criminais; Execução Penal; Criminologia; Pela UNIVERSIDADE POSITIVO/FACULDADE ARTHUR THOMAS,
- Pós Graduanda em Direito de Família e Sucessões; Ativista das Causas Autista; Tema Artigo: Direitos dos Autistas.

Escritora do tema

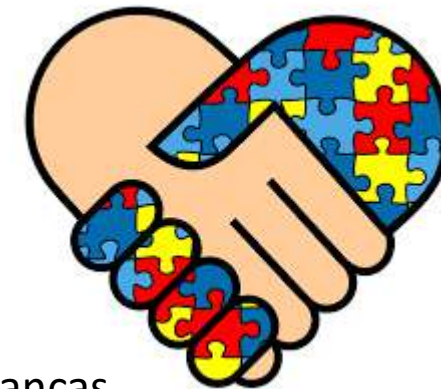


DRA. CARLA CRISTINE TESCARO SANTOS LINO – (Dr^a do Programa de Pós Graduação da UNESP/Marília)

- Mestre em docência de línguas e suas tecnologias pela UNOPAR (2015),
- Especialista em educação especial pela UNOPAR (2005),
- Especialista em Psicopedagogia Clínica e institucional pela Faculdade Iguaçu UNIVALE (2007),
- Especialista em educação especial na área de surdez e libras pela Faculdade Vale do Ivai (2008),
- Especialista em neuropedagogia e Psicanálise pelo Instituto Rhema (2011),
- Professora bilingue e de educação especial em sala de recursos multifuncionais,
- Membro da Associação Brasileira de Psicopedagogia, Núcleo do Paraná inscrição nº 225/11 e da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial , Psicopedagogia e Neurociência



Escritor do tema “INCLUSÃO E OCITOCINA”



CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS – (IDEALIZADOR DO PROJETO /Educador de crianças portadoras de TEA em Escola Publica.)Técnico em Microbiologia.

- Apoio Educacional e inclusão em diversas escolas no município de Londrina;
- Conselheiro de saúde no município de Londrina (2001-2004)
- Conselheiro de saúde do estado do Paraná (1998-1999);
- Técnico de laboratório em Microbiologia da faculdade Unifil;
- Nome do Capítulo: INCLUSÃO E OCITOCINA



Escritora do tema “ Seletividade Alimentar no paciente com TEA”



DRA FRANCIELLE FRANCO SCHMITD - @franciellefranconutri

- Nutricionista pela UNOPAR (2003)
- Especialista em Nutrição e Metabolismo na prática Clínica – UEL (2005);
- Especialista em Oncologia Multidisciplinar - pela Faculdade Iguazu UNIVALE();
- Especialista em Nutrição Funcional VP - UNIVALI;
- Especialista em Nutrição Materno Infantil - Faculdade Metropolitana;
- Especialista em Nutrição Materno Infantil Funcional VP - Faculdade de Ciências Médica Santa Casa de São Paulo;
- Pós Graduanda em Autismo e TDAH pela Uniamérica

Escritores do tema "TEA no Dentista: Caminhos e Soluções"



DR. GUILHERME GENOVEZ JUNIOR



- Cirurgião Dentista, Mestre e Doutor em Odontologia,
- Especialista em Odontologia para Pacientes Especiais,
- Especialista em Autismo,
- Habilitações em Sedação Consciente e Laserterapia,
- Diretor do Departamento de Odontologia Para Pacientes Especiais da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas - Seção Paraná (ABCD-PR),
- Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Odontologia Digital (SBODigital)

DRA. DANIELE CRISTINA AMÂNCIO



- Cirurgiã Dentista, Especialista em Odontopediatria e Odontologia para Bebês,
- Especialista em Odontologia para Pacientes Especiais,
- Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares,
- Habilitação em Sedação Consciente, Credenciada NuSmile,
- Membro do Departamento de Odontologia Para Pacientes Especiais da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas - Seção Paraná (ABCD-PR)

Escritora “ A arte como uma terapia para o tratamento do TEA”



PALOMA DA SILVA BARÃO – (Profª de Artes da Associação Flávia Cristina)

- Graduação em Artes Visuais pela Universidade Norte do Paraná(2018),
- Graduação em Formação Pedagógica - Pedagogia pela Universidade Norte do Paraná(2020),
- Especialista em Educação Especial e Inclusiva com Ênfase em Transtornos Globais do Desenvolvimento, pela Universidade Norte do Paraná(2021).
- Especialista em Arte Educação pela Universidade Norte do Paraná(2022).
- Atualmente é Tutora da Editora e Distribuidora Educacional S/A e Professora de Arte do Associação Flávia Cristina.



LENY PEREIRA GONÇALVES

- Graduada em Tecnologia de Gestão e Moda pela Universidade Paranaense. (2004),
- Especialista em Docência no Ensino Superior pela Faculdade Assis Gurgacz (2006),
- Especialista em Moda, Criação e Comunicação de Produto pela Universidade Paranaense (2008)
- Especialista em Educação Profissional e Tecnológica pelo SENAI CETIQ.(2014) Perita Judicial em Moda

Escritora “ A arte como uma terapia para o tratamento do TEA”



IRENICE PALMEIRA DA SILVA

- Graduação em Pedagogia pela Faculdade de Educação da Lapa (2010),
- Graduação em Artes - Educação Artística/Licenciatura – Centro Universitário Claretiano – CEUCLAR (2013);
- Especialista em Educação Especial – UNOPAR (2012);
- Especialista em Gestão e Organização Escolar, Faculdades Integradas do vale do Ivaí – UNIVALE (2014);
- Especialista em Libras Língua Brasileira de Sinais – Faculdade São Braz – FSB(2015);
- Especialista em Arte, Educação e Terapia – Faculdade São Braz – FSB (2016),
- Professora de Arte – Associação Flavia Cristina – Modalidade Educação Especial desde 2015;
- Professora de arte, colaboradora e mediadora em projetos sociais: Projeto AFC - Projeto Mãos que criam na Seda- Arteterapia e Design Têxtil na Inclusão Social, ministrando "Oficinas Criativas" com a arte: processos têxteis, naturais e sustentáveis.



Escritora do tema “Odontopediatria sob o olhar integrativo”



MARIA CRISTINA Reghin. VITAL – (Odontopediatra Integrativa.)

- Cirurgia-Dentista - CRO 10520
- Especialista em Odontopediatria pela USP-BAURU/SP
- Especialista em Odontologia Neonatal e Intra- Uterina, e Membro da Associação Brasileira de Odontologia Neonatal e Aleitamento Materno-ABONAM
- Especialista em Ortopedia Miofuncional com foco na PREVENÇÃO de MALOCLUSAO no BEBÊ-Associação Odontológica Norte do Paraná
- Consultora em Amamentação pelo Hospital SÃO FRANCISCO de TUPÃ/SP
- Graduada em Aromaterapia Clínica Infantil pelo INSTITUTO AROMALINK /AMNI

Escritora "O manejo dos portadores do TEA pelo pediatra"



Dra. MARIANA KELM CANUT – (mãe de criança autista)

- Pediatra Geral pela FAMEMA
- Intensivista Pediátrica pela UEL
- Pós graduanda em TEA pelo CBI of MIAMI
- Plantonista da UTI Pediátrica do Hospital Infantil da Sagrada Família
- Plantonista da UTI Pediátrica do Hospital do Câncer de Londrina
- Médica Auditora da UNIMED Londrina
- Diretora Técnica do Hospital Infantil da Sagrada Família

Escritora “ A arte como uma terapia para o tratamento do TEA”



PALOMA DA SILVA BARÃO – (Profª de Artes da Associação Flávia Cristina)

- Graduação em Artes Visuais pela Universidade Norte do Paraná(2018),
- Graduação em Formação Pedagógica - Pedagogia pela Universidade Norte do Paraná(2020),
- Especialista em Educação Especial e Inclusiva com Ênfase em Transtornos Globais do Desenvolvimento, pela Universidade Norte do Paraná(2021).
- Especialista em Arte Educação pela Universidade Norte do Paraná(2022).
- Atualmente é Tutora da Editora e Distribuidora Educacional S/A e Professora de Arte do Associação Flávia Cristina.

Escritora do tema "Aromaterapia e o Apoio Terapêutico dos Animais Domésticos para Autistas e suas Famílias"



VERA LUCIA DUARTE - Aromaterapeuta – CRTH-BR 14681

- Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade Estadual de Londrina
- Especialista em Contabilidade e Controladoria pela Inesul
- Especialista em Educação à Distância pela Unopar
- Curso de Formação em Aromaterapia Avançada certificada pela Abrath e MEC
- Aromaterapia Infantil – Paula Collares Isíres
- Aromaterapia Vibracional – Dra. Carla M. Stael de Moura
- Imersão Autismo Natural – Dr. Dave Steuer
- Aromaterapia para Cães e Gatos – Dra Natalia Schmiedel Benavides
- Aromaterapia Animal – Dr. Antonio Fernandes



Seja um Patrocinador solidário



- Características da exposição:

A empresa expositora poderá apresentar seus projetos, produtos, serviços e distribuir materiais promocionais e de divulgação, no dia do lançamento do livro

- Descrição do estande é de responsabilidade do expositor

Seja um Patrocinador



- Ao se tornar um patrocinador do 1º Livro “DIFERENTES OLHARES PROFISSIONAIS SOBRE O TRANSTORNO ASPECTRO AUTISTA, a empresa terá oportunidade de divulgar seu trabalho através de banners, mídia impressa, e meios de comunicação.
- A divulgação ocorrerá durante toda a realização do evento.
- Inserção da sua marca no nosso livro.

- Meta - 10 mil livros em média de 200 paginas
- Valor para arrecadar 90.000,00 para viabilizar a impressão dos livros e o evento de lançamento.

Investimento



	Bronze	Prata	Ouro	Diamante	Diamante plus	Master
	2.000,00	5.000,00	10.000,00	15.000,00	20.000,00	30.000,00
Forma de pagamento	1x	Até 2x	Até 3x	Até 3x	Até 4x	Até 5x
Espaço no livro para divulgação	2 linhas fonte 12	1/8 da A5	¼ da A5	½ da A5	1 página	1 página
Espaço no lançamento	2 m ²	3 m ²	5 m ²	7 m ²	10 m ²	25 m ²
Logo no <u>backdrop</u> - oficial	x	x	x	x	x	x
Logo no hall em banner ou totem (por conta do patrocinador)	1	1	2	3	3	4
Quantidade de livros	5	12	16	25	32	50

** os pagamentos devem ser finalizados até o mês de março de 2024 diretamente para a gráfica

- Para maiores esclarecimentos sobre condições de pagamento solicitamos aos interessados que entrem em contato com os responsáveis pela promoção do evento

Patrocinador solidário



Empresa	Valor
Arboretum	2.000,00
Brincabelaria	2.000,00
Nutrir Londrina	2.000,00
Odontoespecial	2.000,00
Sensori Engenharia	5.000,00
Lions	5.000,00
Total	18.000,00



TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

Paulo Liberalesso

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

Lucelmo Lacerda

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO:

Elyse Matos

Marlla Mendes



**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

**AUTISMO:
COMPREENSÃO E PRÁTICAS
BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda

1ª edição



Curitiba - PR - 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Autores: Paulo Liberalesso
Lucelmo Lacerda

Organização: Elyse Matos
Marlla Mendes

Revisão: Maria Alice Mendes

Projeto gráfico, capa e diagramação: Marcos Venicius Valentin
Supervisão: Elyse Matos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Liberalesso, Paulo

Autismo : compreensão e práticas baseadas em evidências [livro eletrônico] / Paulo Liberalesso e Lucelmo Lacerda. -- 1. ed. -- Curitiba : Marcos Valentin de Souza, 2020.

PDF

"Movimento Capricha na Inclusão".

Bibliografia

ISBN 978-65-00-12458-3

1. Autismo 2. Autismo - Diagnóstico 3. Autismo - Pacientes 4. Evidências I. Lacerda, Lucelmo.
II. Título.

20-49360

CDD-616.8982

NLM-WM 203

Índices para catálogo sistemático:

1. Autismo : Medicina 616.8982

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Esta obra não é vendida. Ela faz parte de um projeto educativo, sem fins lucrativos. Todos os direitos reservados.



contato: caprichanainclusao@gmail.com

PREFÁCIO

Há 60 anos: “O fato de que uma média de não mais de 8 pacientes por ano possa ser diagnosticada, com razoável certeza, com autismo (em um período de vinte anos), em um centro de referência como esse, sugere que **esse é um transtorno muito infrequente** especialmente se considerarmos que são referidos de toda a América do Norte.”

Leo Kanner, “The specificity of early infantile autism”, Acta Paedopsychiatrie, 1958.

Hoje: Prevalência de Transtornos do Espectro do Autismo = 1 para cada 54 crianças.

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. Surveillance Summaries, Março 27, 2020 / 69(4); 1-12.

“Como podes dizer que o Autismo deve ser considerado um problema prioritário de saúde pública no Brasil quando ninguém nem sabe quantos autistas existem no país?”

Relato pessoal: conversa entre o Dr. Carlos Gadia e representante do Ministério da Saúde (2012).

É um prazer e uma honra para mim poder fazer o prefácio dessa primeira cartilha do movimento **Capricha na Inclusão**. Visa proporcionar informação de qualidade e difundir as práticas baseadas em evidências no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), de modo a permitir o fomento e criação de políticas públicas a partir de dados cientificamente comprovados.

O texto é de fácil compreensão, para facilitar a sua utilização por todos aqueles interessados que não sejam, obrigatoriamente, especialistas no assunto, mas que possam desempenhar um papel importante na elaboração de políticas públicas sobre o TEA. Os autores, dois dos maiores especialistas em TEA no Brasil, utilizam-se de exemplos para facilitar o entendimento de definições, classificações e intervenções, cuja compreensão é imprescindível para uma avaliação mais criteriosa da enorme quantidade de material que tem sido publicado (livros, capítulos, artigos e media social) a respeito do TEA nas últimas décadas.

Na primeira parte da cartilha, o Dr. Paulo Liberalesso, um dos mais reconhecidos neuropediatras especialistas em TEA do país, nos fala sobre as “Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas no Transtorno do Espectro Autista”. Faz uma excelente revisão histórica do termo autismo e das diferentes classificações desse transtorno desde o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), em 1952, até chegar ao nosso presente entendimento a cerca do Transtorno do Espectro do Autismo, assim definido pelo DSM-5, em 2013. Os distintos critérios são documentados e o autor nos brinda com comentários pessoais a respeito de cada um deles, nos permitindo uma compreensão mais clara da neurofisiologia específica. Os diferentes níveis (1, 2 e 3), definidos a partir do DSM-5 (2013), também são detalhados com clareza.

A seguir, na segunda parte da cartilha, o Professor Lucelmo Lacerda (doutor e pós-doutor em Educação e Educação Especial), um dos maiores estudiosos do autismo e inclusão escolar no país e um dos criadores do **Capricha na Inclusão**, faz um breve mas muito útil comentário a respeito do que pode ser definido como evidência científica, em seus diferentes níveis. Logo após, nos oferece uma extensa e criteriosa revisão de todas as intervenções baseadas em evidência, no que diz respeito ao TEA. Utiliza, para tanto, os resultados da mais recente publicação sobre o tema: o “*Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*”, pela *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice*, em Maio de 2020. Cada uma das 28 práticas baseadas em evidências são descritas e o autor adiciona, ao final de cada item, um artigo representativo das referidas práticas, conduzindo, assim, a uma melhor compreensão dessas intervenções.

Enfim, esta Cartilha, com certeza, se tornará indispensável para todos aqueles que almejem alcançar entendimento com suporte do ponto científico a respeito do TEA, e um elemento de grande valia para as pessoas com a responsabilidade de sugerirem ou criarem políticas públicas voltadas a esse Transtorno, que é considerado como um “Problema de Saúde Pública Mundial” pela OMS.

Acreditamos ser uma enorme contribuição do **Capricha na Inclusão** para esse espaço, ainda pouco aproveitado, da interface entre ciência e políticas de saúde e educação públicas no Brasil, que tanto poderá contribuir para a comunidade de milhões de famílias de pessoas com autismo e, de uma maneira mais ampla, de pessoas com deficiências, em geral, no nosso país.

Carlos Gadia, MD

Associate Director, Dan Marino Center - Nicklaus Children’s Hospital - USA;
Clinical Assistant Professor, Department of Neurology University of Miami Miller School of Medicine;
Clinical Associate Professor of Neurology, Herbert Wertheim College of Medicine - Florida International University;
Clinical Assistant Professor of Pediatrics - Nova Southeastern University;
Diretor Médico - TISMOO Biotech Company;
Diretor Médico - Membro do Board - Instituto ICO Project - Curitiba - Brasil.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Há, aproximadamente, cinco anos eu conheci uma criança...
E eu me lembro daquele dia como se fosse ontem pela manhã...
Eu me lembro do que foi dito e do que não foi possível dizer...
Eu me lembro do rosto dos pais... eu me lembro dos gestos...
Eu me lembro daquela criança andando pelo consultório...
Uma criança linda e que não podia falar...
Ele parecia não compreender exatamente o nosso mundo...
Ele parecia preferir viver no mundo dele...
Talvez o nosso não fosse bom o suficiente...
Com o tempo, pude conhecer seu sorriso fácil e contagiante...
Pude conhecer aqueles olhos claros e seu olhar puro...
O olhar carismático que só encontramos em almas boas...
Com o tempo, as primeiras palavras foram surgindo...
Ele passou a compreender melhor o nosso mundo...
A cada dia que passava ele parecia estar mais próximo de nós...
Obrigado Joaquim... você tem sido uma inspiração para mim...
Inspiração para estudar mais, compreender mais, ajudar mais...
Por algum motivo, naquela manhã, teus pais te levaram para mim...
Sei que ainda temos um longo caminho juntos para percorrer...

Paulo Liberalesso

PALAVRA COM A PESSOA AUTISTA

Considero o início de minha trajetória como um autista ativista no momento em que defini como objetivo contribuir para a comunidade do autismo. Os desafios são muitos e, sem dúvidas, um dos maiores é compreendermos o autismo como uma condição espectro, que revela infinitas possibilidades e necessidades de apoio. Logo percebi que, para melhor compreender os problemas e pensar como contribuir, precisaria estar inserido na comunidade, entendendo as necessidades, de extremidade a extremidade, do espectro amplo do autismo.

Conhecer melhor a comunidade do autismo foi algo extremamente prazeroso e enriquecedor. Pude me aproximar de outros autistas semelhantes a mim, ao mesmo tempo em que pude notar o quanto um autista pode ser diferente de mim. Também pude conhecer inúmeras mães e pais e seus filhos que, através de suas palavras e atitudes, deram-me a oportunidade de entender melhor o que comumente é chamado de amor – mas dessa vez, sob uma perspectiva fora do senso comum: uma perspectiva atípica, de quem não tem outra opção senão lidar com todos os desafios sociais e exaustão que o autismo pode trazer.

Todas essas pessoas com autismo que conheci e ainda conhecerei têm o direito de se desenvolverem, pois trata-se de um direito humano fundamental. O sonho pela plenitude de desenvolvimento é movido pelo amor, mas pode apenas ser garantida quando combinada com eficiência – e a eficiência, conseguimos através das práticas baseadas em evidências.

William Chimura

Pessoa Autista, diagnosticado com Síndrome de Asperger (TEA), presidente da AUTINC (Autistas pela Inclusão), programador, youtuber e mestrando em Informática para Educação pelo IFRS. Conduz pesquisas que investigam como artefatos tecnológicos (aplicativos e jogos) podem contribuir para avaliação e aprendizagem de crianças com TEA.

INTRODUÇÃO

Este primeiro livro organizado pelo Movimento Nacional **Capricha na Inclusão** tem o objetivo de informar gestores públicos, políticos e professores sobre as práticas baseadas em evidências na intervenção no autismo. Embora escrito com rigor técnico, sua linguagem permite o entendimento também daqueles não afetos à temática.

Se por um lado, o indivíduo com autismo tem o direito de se beneficiar de intervenções que possam, efetivamente, resultar na melhora em sua qualidade de vida, por outro lado, é dever do poder público construir políticas públicas que visem resultados concretos, priorizando a utilização dos recursos públicos com intervenções de eficácia científica comprovada.

Assim, é com muita satisfação que damos início a nossa série de livros informativos.

Agrademos imensamente a preciosa colaboração do neuropediatra Dr. Paulo Liberalesso e do professor Dr. Lucelmo Lacerda na autoria do livro.

Agradecemos, ainda, ao neuropediatra Dr. Carlos Gadia pelo importante prefácio, e ao presidente da AUTINC “autistas pela inclusão”, William Chimura pela significativa nota de apoio.

Esperamos que nossos livros sirvam de norte ao entendimento do que é eficaz e seguro em matéria de intervenção no autismo.

Elyse Matos

Advogada, mestre em direito francês, europeu e do comércio internacional pela Sorbonne Université (Paris II), certificada em empreendedorismo e inovação pela Stanford University, fundadora do Instituto Ico Project e membro do Movimento Capricha na Inclusão.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Evidências Científicas no Campo das Intervenções Terapêuticas

por Paulo Liberalesso

Fundamentos históricos

O termo “autismo” foi utilizado, pela primeira vez, em 1908 pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler para descrever pacientes com sintomas que ele julgava semelhantes àqueles observados na esquizofrenia. Bleuler nasceu em 1857, na pequena cidade de Zollikon, estudou Medicina e Psiquiatria e, em 1898, assumiu a cátedra de Psiquiatria da Universidade de Zurique, transformando-a em uma referência mundial no estudo das doenças mentais.

Neste período, nomes como Carl Gustav Jung e Eugène Minkowski trabalharam como seus assistentes, documentando seu grande prestígio à época. O livro “A psicologia da demência precoce,” publicado em 1906 por Jung, teria forte influência sobre o pensamento de Bleuler, que neste mesmo ano começaria a utilizar, em suas obras, o termo “esquizofrenias” (no plural), demonstrando sua ruptura com o clássico pensamento kraepeliniano (Emil Kraepelin), uma vez que ele acreditava que esta não se tratava de uma doença única mas, sim, de um grupo de doenças com um núcleo psicopatológico semelhante.

Em 1911, Bleuler publica sua monografia intitulada “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”, uma obra clássica na História da Psiquiatria. É justamente neste contexto que Bleuler

construiu e fundamentou seu pensamento de que o “autismo” faria parte de um grupo maior de psicopatologias, incluindo-o como “algo semelhante à esquizofrenia”^{1,2}, equívoco conceitual que posteriormente seria corrigido pelas novas descobertas da Psicologia, da Psiquiatria e da Neurologia. Bleuler estudou as neuroses, o alcoolismo, os distúrbios da sexualidade e muitos outros temas, frequentemente influenciado por Sigmund Freud. Reconhecido como um homem extremamente culto, ele conhecia poesia, literatura clássica e estudava os fenômenos da natureza. Faleceu em julho de 1939, em sua cidade natal.

Em 1943, o psiquiatra alemão Leo Kanner publica o clássico artigo “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, descrevendo 11 crianças que apresentavam uma “tendência ao isolamento e um intenso desejo pela mesmice”. Este artigo é considerado, historicamente, um dos mais importantes no estudo do transtorno do espectro autista (TEA)³. Kanner nasceu em 1896, em uma pequena cidade austro-húngara chamada Klekotow e estudou Medicina e Psiquiatria, tendo se formado na Universidade de Berlin. No mesmo ano de sua formatura, Kanner emigrou para Dakota do Sul, nos Estados Unidos, onde iniciou a carreira de médico. Considerado um grande estudioso dos distúrbios mentais, aos 34 anos fundou o Departamento de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário Johns Hopkins, em Baltimore. Kanner atuou como diretor deste Departamento até se aposentar, em 1959, mas teve uma vida profissional intensa e academicamente produtiva até sua morte por insuficiência cardíaca, em 1981, aos 87 anos⁴.

Em 1944, o pediatra austríaco Johann “Hans” Friedrich Karl Asperger publicou o artigo “A Psicopatia Autista da Infância”, descrevendo pacientes com sinais e sintomas semelhantes aos observados por Kanner, mas destacando que parte deles apresentava um interesse intenso e restrito por assuntos específicos. Embora Asperger tenha escrito mais de 300 artigos a respeito do que ele denominava “psicopatia autística”, seus textos passaram praticamente despercebidos pela comunidade acadêmica mundial, sendo seu valor reconhecido apenas postumamente. Toda sua produção científica, evidentemente redigida no idioma alemão, fica-

ria praticamente desconhecida até o início da década de 1980, quando começaria a ser traduzida para o Inglês.

Nos últimos anos, historiadores têm associado, repetidamente, Hans Asperger ao regime nazista. E, de fato, sabe-se que ele ocupava uma alta posição de comando sobre outros médicos judeus, e há dados que sugerem fortemente que ele teria atuado no envio de pelo menos duas crianças com deficiência para clínicas de pesquisa e extermínio, como a de Am Spiegelgrund, onde eram realizados experimentos com seres humanos. Suas frequentes demonstrações de lealdade ao regime nazista e cooperação com os programas de eutanásia infantil conferiram-lhe promoções na carreira médica, além de prestígio entre os membros do partido nazista^{5,6}.

Nota explicativa: Am Spiegelgrund era uma clínica localizada em Viena, que funcionou durante a Segunda Grande Guerra Mundial, como parte do Hospital Psiquiátrico Am Steinhof, onde centenas de pacientes, a maioria crianças, foram mortos nos programas de eutanásia infantil fomentados pela Alemanha nazista⁷. Nesta clínica, e em diversas outras, crianças, adolescentes e jovens com deficiências eram submetidos a abusos psicológicos, físicos e à fome extrema como parte de pesquisas médicas. Ao término dos experimentos, os que haviam sido capazes de sobreviver eram, então, assassinados com a administração de injeção letal, exposição a gases tóxicos ou inanição. Centenas de cérebros humanos foram encontrados, armazenados neste hospital para “estudos futuros”^{5,6}.

O nome Lorna Wing está marcado na História da Medicina e não poderíamos ignorar a enorme contribuição desta psiquiatra inglesa ao autismo. Mãe de uma garota com autismo, Lorna e seu marido John nada conheciam a respeito do transtorno, até o nascimento da filha Susie, em 1956. Impulsionada pela necessidade de adquirir conhecimento a respeito do tema, ela realizou ampla pesquisa científica no campo do desenvolvimento humano socioemocional e, posteriormente, no campo do autismo propriamente dito.

Juntamente com um grupo de pais de crianças portadoras do TEA, Lorna fundou, em 1962, no Reino Unido, a National Autistic

Society. É importante lembrarmos que naquele momento predominavam as ideias impulsionadas pela psicanálise, pelos trabalhos de Kanner (que citou diversas vezes a “participação dos pais emocionalmente ausentes na origem do quadro evasivo de comportamento das crianças autistas”) e pelos estudos de Bruno Bettelheim, grande responsável por difundir o terrível conceito da “mãe geladeira”, atribuindo a essas mulheres o isolamento social de seus filhos.

Bettelheim era um judeu austríaco, que durante a Segunda Guerra Mundial foi enviado ao campo de concentração de Buchenwald, onde observou, durante longos períodos, o comportamento de seres humanos submetidos a condições extremas de crueldade, abusos e inanição forçada. Infelizmente, estas observações lhe serviriam de base para a elaboração de suas teorias a respeito do autismo. Bettelheim foi acusado de citar uma falsa proximidade com Freud (com quem, na verdade, não mantinha qualquer laço de amizade), de maltratar seus pacientes autistas, criar dados científicos fictícios e fantasiar teorias sem nenhuma sustentação científica. Ele cometeu suicídio em 1990, aos 86 anos^{8,9}.

Mas, retornando à psiquiatra Lorna Wing, devemos lembrar que ela foi uma das primeiras médicas que destacou a importância da contribuição genética para a origem do autismo, tendo inclusive realizado pesquisas de campo nesse sentido, além de lhe ser atribuída a introdução do termo “síndrome de Asperger” no ano de 1976¹⁰.

Fundamentos para o diagnóstico do TEA

O “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM) é um livro editado periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria, utilizado pelos profissionais de saúde nos Estados Unidos - e na maior parte dos países do mundo - como um norteador para o diagnóstico das condições neuropsiquiátricas. No DSM, constam os critérios clínicos, sinais e sintomas necessários para o diagnóstico de cada transtorno mental, sendo um uniformizador de termos e conceitos para os profissionais de saúde ao redor do mundo. Além de sua aplicação na prática clínica diária, o DSM também é importante para que pesquisadores pos-

sam compreender, de modo preciso, os termos utilizados em pesquisas clínicas.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” (DSM-I), classificando o autismo como um subgrupo da esquizofrenia infantil. Na edição seguinte, o DSM-II (1968), o autismo permanece classificado como parte integrante das doenças psiquiátricas. Somente por ocasião do DSM-III (1980), o autismo passa a ser reconhecido como uma entidade distinta, sendo classificado entre os transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), juntamente com a síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e os transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra classificação¹¹. Em 1994, o DSM-IV passa a descrever, de forma detalhada, os critérios para os diagnósticos dos TID e inclui a síndrome de Asperger como um diagnóstico específico. O conceito de TID surgiu na literatura científica no final da década de 1960 e embasado, principalmente, nos trabalhos publicados por M. Rutter, I. Kolvin e D. Cohen, não sendo mais um termo rotineiramente utilizado^{12,13}.

A última edição do DSM-5 (2013) trouxe grandes modificações na estrutura diagnóstica do autismo, uma vez que aboliu o termo “transtorno global do desenvolvimento”, transferiu a síndrome de Rett para outro capítulo e reuniu, sob a nomenclatura de “transtorno do espectro autista,” os termos autismo, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação¹⁴.

Segundo as diretrizes do DSM-5, os critérios para o diagnóstico do TEA foram divididos em dois grandes grupos: (a) déficits persistentes na comunicação e na interação social verbal e não verbal em múltiplos contextos e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que atualmente segue, ou por história prévia¹⁴

1. Déficits na reciprocidade socioemocional - e que são variáveis - incluindo abordagem social anormal, dificuldade para esta-

belecer uma conversa coerente, compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, bem como dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

Explicação do autor: embora não saibamos exatamente como o comportamento humano se instala no encéfalo - do ponto de vista neurofisiológico durante o curso da vida - sabemos que ele não é formalmente ensinado entre os seres humanos. E provavelmente isso também não ocorra em nenhuma outra espécie animal. Sabemos, ainda, que o comportamento humano é constituído de forma dinâmica, conforme as experiências e interações entre o indivíduo e o ambiente. Deste modo, entendemos que as pessoas aprendem e incorporam novos comportamentos segundo uma capacidade teoricamente inata de imitação, seguida por reforçamento. Este fenômeno seria capaz de explicar como os seres humanos aprendem a se comportar do ponto de vista de seus relacionamentos sociais interpessoais e como desenvolvem a comunicação em todas as suas dimensões, incluindo a comunicação verbal e não verbal. Deste modo, indivíduos que sejam incapazes ou parcialmente incapazes de realizar cópias adequadas do comportamento, desenvolverão padrões atípicos de comportamento, comprometendo sua capacidade de manter relacionamentos interpessoais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social - que igualmente são variáveis - incluindo comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso de gestos, bem como ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

Explicação do autor: devemos ter cuidado quando analisamos o critério “anormalidade no contato visual” já que muitos o interpretam como “ausência de contato visual”, o que é uma forma incorreta de compreender este critério. Pessoas portadoras de TEA apresentam uma fragmentação do contato visual, ou seja, são frequentemente incapazes de mantê-lo por um período prologado de tempo e, quando solicitados a fazê-lo, relatam certo desconforto. O contato social é muito mais que um ato mecanizado de olhar

nos olhos. Na verdade, trata-se de uma ação mediadora das relações sociais interpessoais. É importante ressaltarmos que o contato visual, em sendo uma ferramenta de interação social, pode ser percebido em seres humanos muito jovens, frequentemente já nos primeiros dias de vida. A título de exemplo, durante o aleitamento materno. Outro aspecto relevante é analisar o critério “déficit na compreensão e aprendizado de gestos e utilização de expressões faciais como mecanismos que compõem a comunicação não verbal”. Como explicado anteriormente, uma vez que o comportamento humano é aprendido por fenômenos de imitação seguidos de reforçamento – tais como gestos motores de bater palmas, acenar para pessoas em forma de cumprimento ou despedida e a própria mímica facial, o que podem não ser naturalmente incorporados ao comportamento de pessoas portadoras de TEA, necessitando de ensinamento formal. A adequada interpretação da comunicação não verbal, gerada pela mímica facial (face de alegria, tristeza, raiva ou medo, por exemplo) é muito frequentemente comprometida nas pessoas com TEA, devendo esta capacidade ser ativamente investigada durante a avaliação clínica).

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, o que inclui dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, compartilhar brincadeiras imaginativas, fazer amigos e, ainda, a ausência de interesse por pares.

Explicação do autor: a correta e precisa compreensão de contextos sociais complexos depende de uma capacidade que o cérebro humano tem – teoricamente inata - de selecionar estímulos relevantes para compreensão do todo. No final da década de 1980, a doutora Uta Frith, uma psicóloga do desenvolvimento, sugeriu que não seria possível explicar determinados aspectos observados em pessoas com autismo, apoiando-se exclusivamente na “teoria da mente”, tais como a incrível perseverança nos detalhes em detrimento da análise do todo, a persistência nas rotinas e parte dos comportamentos aparentemente obsessivos. Desse modo, Frith desenvolveu a “teoria da coerência central”, segundo a qual uma pessoa de desenvolvimento típico deveria ser capaz de, ao anali-

sar uma situação complexa, com múltiplas variáveis de estímulo, selecionar aquelas que lhe permitissem compreender o todo e, temporariamente, negligenciar as variáveis não significantes. Pessoas com autismo, frequentemente, falham ao realizar testes que dependam desta seleção adequada de variáveis significativas (ou seja, que dependam da eficácia da coerência central). Por exemplo: se apresentarmos a uma criança um carrinho de brinquedo e ela for incapaz de analisar o objeto como um todo, fixando-se exclusivamente em uma de suas rodas, esta criança não será capaz de compreender como aquele objeto deve ser utilizado no contexto de uma brincadeira em que se fantasia um carro participando de uma corrida. Ou seja, a não compreensão da função de um objeto impede sua utilização funcional, dificultando o aprendizado de uma série de atividades de vida diária como o uso de talheres, a utilização correta do vaso sanitário, como tomar banho ou, até mesmo, como utilizar um lápis na escola.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia¹⁴

1. Movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotípias motoras simples, entre elas: alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

Explicação do autor: estereotípias são definidas como movimentos repetitivos e rítmicos, sem uma função socialmente clara. Quando as pessoas no TEA são questionadas a respeito da função das estereotípias, elas nos explicam que estes movimentos geram alguma sensação de bem-estar ou equilíbrio (organização) em seu comportamento. Embora a neurociência não compreenda precisamente como as estereotípias se estruturam no cérebro humano, sabemos que alterações em circuitos dopaminérgicos em núcleos da base e cerebelo fazem parte da fisiopatologia. As estereotípias mais frequentemente observadas são balanços das mãos ao lado do corpo ou da cabeça, bater palmas e movimentos cíclicos do tronco para frente e para trás. E estereotípias dinâmicas, envolvendo movimentos mais amplos - como andar ou correr de forma

repetitiva - também são relativamente frequentes. Já as ecolalias correspondem a um uso não funcional da fala, na qual o indivíduo repete a fala de terceiros, sendo classificadas como (a) imediata (a repetição da fala ocorre imediatamente ou com pequeno intervalo após a emissão do falante), (b) tardia (a repetição ocorre com grande intervalo após a emissão do falante), (c) disfuncional (não há absolutamente nenhum caráter comunicativo ou funcional) e (d) funcional (há caráter comunicativo, mesmo que de pouca qualidade). Com o progresso das intervenções terapêuticas e desenvolvimento de estratégias comunicativas (principalmente vocais) a ecolalia tende a reduzir em frequência.

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (como sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

Explicação do autor: a inflexibilidade comportamental e o apego rígido às rotinas podem trazer prejuízos significativos e socialmente relevantes a estas pessoas, reduzindo suas oportunidades de convívio social. Parte do que compreendemos por seletividade alimentar também pode ser explicado por uma rigidez no comportamento natural de experimentar novos alimentos. Crianças com seletividade alimentar geralmente apresentam tanto inflexibilidade, quanto alterações de percepção sensorial.

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego a objetos incomuns ou preocupação com eles, bem como interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).

Explicação do autor: o hiperfoco é uma característica muito frequente em pessoas com autismo e, ao contrário do que se possa imaginar, na maioria das vezes ele traz prejuízos significativos ao aprendizado global, já que o indivíduo passa a negligenciar outros conteúdos em detrimento do aprendizado de um único tema. Outro aspecto é o fato de que, frequentemente, o tema focado não apresenta relevância. Exemplo: uma criança que reconhece as

bandeiras de todos os países do mundo ou que (por seu foco em letras e numerais) aprendeu a ler aos 3 anos de idade. Do ponto de vista da funcionalidade, estas habilidades não agregam conhecimento socialmente relevante naquele momento e, portanto, têm pequena ou nenhuma utilidade prática. Em casos muito específicos, pessoas com autismo podem utilizar o hiperfoco de forma produtiva e, nestes casos específicos, nenhuma intervenção terapêutica deve ser dirigida a este sintoma.

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (como indiferença aparente à dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimentos).

Explicação do autor: possivelmente, as alterações dos sistemas sensoriais sejam as menos compreendidas no TEA até os dias de hoje. Na verdade, uma grande parcela das pessoas com autismo apresenta alterações nas percepções sensoriais visuais, auditivas, táteis, gustativas, olfativas, cinestésicas e vestibulares. Estas alterações podem explicar parte dos comportamentos de seletividade alimentar extrema, bem como as alterações comportamentais frente a estímulos auditivos e visuais que, habitualmente, não trariam desconforto a pessoas de desenvolvimento típico. Embora a neurociência ainda não tenha sido capaz de explicar com detalhes as alterações sensoriais no cérebro das pessoas no TEA, sabemos que circuitos talâmicos de integração sensorial, circuitos cerebelares e do córtex parietal e pré-frontal são envolvidos na fisiopatologia da hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.

Para que o diagnóstico do TEA seja firmado, é fundamental que os sinais e sintomas anteriormente descritos estejam presentes de forma precoce no desenvolvimento da criança (uma vez que o autismo é classificado como uma alteração do neurodesenvolvimento). Contudo, parte destes sinais e sintomas pode não ser totalmente aparente em idades precoces da criança, já que as demandas sociais, provavelmente, são ainda incipientes. Outro aspecto a ser considerado é que pessoas no TEA conseguem aprender estratégias durante sua vida, o que pode mascarar estes sinais

- um fato que precisa ser levado em consideração.

O último aspecto a ser considerado, para o diagnóstico do TEA, refere-se às manifestações clínicas, as quais devem, necessariamente, causar prejuízo funcional social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, não podendo todos os prejuízos ser decorrentes do transtorno do desenvolvimento intelectual ou de atraso global do desenvolvimento. Embora haja, entre a população leiga, um “senso comum” de que autistas são pessoas com capacidades cognitivas e intelectuais muito acima da média e algumas vezes sendo retratados como verdadeiros gênios na mídia, é sempre importante frisar que apenas uma pequena parte das crianças com TEA apresenta uma habilidade prodigiosa ou mesmo uma capacidade extraordinária específica. Portanto, essa crença não pode ser generalizada. Estudos demonstram que um número considerável destas pessoas apresenta comorbidades, com transtorno do desenvolvimento intelectual. E, por isso mesmo, dificuldade em diversas áreas do desenvolvimento, o que compromete sua autonomia e rendimento pedagógico.

Classificação dos níveis de gravidade

A história da Medicina é marcada por uma quase obsessão em classificar a intensidade e a gravidade das doenças e demais condições humanas. Embora no TEA esta classificação traga pouca ou nenhuma importância quando pensamos nas estratégias de intervenção, ela é importante para questões legais ou no estabelecimento do prognóstico.

O TEA é, muitas vezes, uma condição altamente incapacitante, caracterizada por prejuízo clinicamente significativo nos domínios da comunicação e do comportamento, apresentando aproximação social anormal, pouco interesse por pares e prejuízos na conversação. Para classificar a gravidade do TEA, a Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) utiliza o nível de dependência provocado pelo autismo no indivíduo¹⁴.

Nível 1 (leve) - Pessoas no TEA com necessidade de pouco apoio.

Estão classificados no nível 1 pessoas que necessitam de apoio

ocasional e que os déficits na comunicação social provocam pouca repercussão em suas relações interpessoais. Estes indivíduos, habitualmente, têm dificuldade para iniciar interações sociais ou mantê-las com boa qualidade. É menor interesse em interações sociais rotineiras. As tentativas de fazer novas amizades costumam ser malsucedidas. As dificuldades provocadas pela inflexibilidade cognitiva podem ser evidentes nestas pessoas, além de problemas relacionados à organização e ao planejamento.

Nível 2 (moderado) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio substancial.

Estão classificados no nível 2 pessoas que apresentam déficit severos nas suas habilidades de comunicação social (verbal e não verbal). Nestes casos, mesmo com o uso de apoio ou suporte, tais deficiências são claras e significativas, comprometendo substancialmente as relações interpessoais. A busca por novas amizades é consistentemente comprometida e, quando ocorre, sem sucesso pela falta de estratégias comportamentais. A fala expressiva é simplificada e a compreensão da fala de terceiros, muitas vezes, comprometida. Falar de assuntos restritos e de pouco interesse social é frequente e a comunicação não verbal é significativamente inadequada e insuficiente para a manutenção de relações interpessoais. A inflexibilidade cognitiva é perceptível aos observadores e intensa a ponto de comprometer as relações.

Nível 3 (severo) - Pessoas no TEA com necessidade de apoio muito substancial.

Estão classificados no nível 3 pessoas com comprometimento muito grave na comunicação social verbal e não verbal e cujo comprometimento traz intenso prejuízo ou, até mesmo, impossibilita a ocorrência e a manutenção de interações sociais interpessoais. A busca ou iniciação de um contato social é rara, extremamente limitada ou nem ocorre, bem como as respostas às iniciativas de comunicação de terceiros são severamente limitadas ou inexistentes. Trata-se de pessoas com significativa limitação da fala expressiva e da fala de compreensão, nas quais a inflexibilidade do comportamento gera extrema dificuldade ou incapacidade de lidar com as pequenas alterações das rotinas diárias.

Os comportamentos restritos e repetitivos reduzem suas possibilidades e oportunidades de iniciar e manter relacionamentos interpessoais de modo sustentado ou duradouro.

Referências Bibliográficas

1. E. Bleuler (1911). Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós.
2. Cf. J. Garrabe. Histoire de la schizophrénie. Paris: Seghers, 1992.
3. Kanner L (1943). "Autistic disturbances of affective contact". The Nervous Child. 2: 217-50.
4. Kanner L. "The Paediatric-Psychiatric Alliance". Canadian Medical Association Journal 1938; 38 (1): 71-4.
5. Baron-Cohen S. "The truth about Hans Asperger's Nazi collusion". Nature 2018, 557 (7705): 305-6.
6. Kaelber, Lutz. "Jewish Children with Disabilities and Nazi "Euthanasia" Crimes". The Bulletin of the Carolyn and Leonard Miller Center for Holocaust Studies 2013, 17: 16-23.
7. Czech H. "Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna". Molecular Autism 2018; 9: 29.
8. Fisher, David James: Bettelheim: Living and Dying, Contemporary Psychoanalytic Studies, Amsterdam, New York: Brill/Rodopi, 2008.
9. Pollak, Richard: The Creation of Dr. B: A Biography of Bruno Bettelheim, Simon & Schuster, New York, 1997.
10. Wing L, Gould J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", Journal of Autism and Developmental Disorders 1979, 9: 11-29.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
12. MT, Van der Gaag RJ, Schwartzman JS. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. Rev. Bras. Psiquiatr. 2006; 28 (S1): 12-20.
13. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - DSM-IV. São Paulo: Manole, 1994.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E O AUTISMO

por Lucelmo Lacerda

Na década de 1980, surgiu um movimento chamado de Medicina Baseada em Evidências, cujo objetivo era o de fazer com que os médicos utilizassem sempre a melhor informação científica para o tratamento de seus pacientes, ao invés de ficarem por toda a vida ligados a práticas antigas, do tempo de sua formação ou, pior ainda, aderissem a tratamentos exóticos e sem comprovação científica, colocando a vida dos pacientes em risco.

Este movimento foi extremamente bem-sucedido e fez a Medicina avançar rapidamente nas últimas décadas, em um ritmo jamais visto. Além da conscientização dos médicos, houve mudança nas grades curriculares das Universidades e, em alguns países, na legislação vigente, vinculando o exercício da Medicina às práticas baseadas em evidências. E um dos fatos mais relevantes foi o desenvolvimento de um campo de estudo para organizar estas evidências em um esquema que permitisse hierarquizá-las.

Isto está relacionado a um conceito importante, que é o de *validade externa*. Digamos que eu faça uma pesquisa com 3 pessoas que tenham pedra nos rins e eu lhes dê um composto que elimine completamente a dor. Seria o suficiente para eu dizer que este composto funciona para todas as pessoas? Não, com certeza. Mas e se fossem 10, 20, 30, enfim, quantas pessoas seriam necessárias?

Este é um desafio metodológico e estatístico. Quando a pesquisa utiliza desenhos de pesquisas fortes, com grande número de pessoas (o grande, aqui, é bem específico, calculado a partir da população pesquisada) e replicações independentes, aí alcançamos a validade externa suficiente para dizer que este procedimento vale para uma grande proporção da população. É neste momento que afirmamos que algo tem evidência. Portanto, é um processo extremamente rigoroso e podemos ter certeza de que quando dizemos que algo tem evidência, nós o dizemos porque foram pesados os prós e contras desse medicamento, dessa suplementação ou dessa intervenção. E há uma clara vantagem em se utilizar deste apoio (a depender, naturalmente, de cada indivíduo).

A primeira questão, portanto, seria pensar um critério, ou seja, o que seria necessário para um conhecimento ser considerado “evidente”? Que características as pesquisas precisariam ter para produzir “evidências? São 3 os critérios distintivos:

a) Relevância – certo conhecimento precisa realmente ser relevante em alguma situação aplicada, ser contra ou a favor de certa aplicação – pode-se produzir, por exemplo, uma pesquisa que indica que determinado tratamento, para autismo, não funciona ou, ainda, que faz mal (contra) ou que diminui comportamento agressivo (a favor);

b) Suficiência – é preciso corroborar outras pesquisas de mesmo tipo, somando comprovações – há critérios estatísticos de amostragem e confiabilidade numérica;

c) Veracidade – garantias de que o processo de coleta de dados não foi contaminado por distorções (há métodos para isso) e livre também de conflitos de interesses (THOMAS, 2007);

Selecionando estes três critérios e correlacionando-os com os desenhos de pesquisa existentes, foi elaborada uma forma de dispor esses conhecimentos de forma hierárquica. Existem algumas formas ligeiramente diferentes de pensar, às quais chamamos de “pirâmide da evidência”, que vai desde o nível mais baixo até o mais confiável, mas as diferenças são pequenas, havendo razoável consenso neste campo. Em se tratando de uma pirâmide, apresentamos do nível mais alto para o mais baixo:

- 1º Revisão Sistemática e Metanálise
- 2º Ensaio Randomizado
- 3º Ensaio não randomizados com grupo controle
- 4º Estudos observacionais
- 5º Estudos não experimentais
- 6º Opinião de especialista (HARBOUR & MILLER, 2010)

Se esta é a pirâmide, o que consideramos que seja uma intervenção com evidência é aquela que apareceu com esta classificação em uma Metanálise, Revisões Sistemáticas e Ensaio Clínico Randomizado com certas características, estes são os estudos que estão no nível mais alto de evidência.

As Metanálises são estudos de Revisão Sistemática de um tipo específico, que busca agregar resultados de estudos comparáveis e que “combina os efeitos dos tratamentos nos estudos individuais em um efeito de tratamento ‘de conjunto’ para todos os estudos combinados e/ou para subgrupos específicos de estudos ou pacientes, e faz inferências estatísticas (MORTON, 1999 *apud* DAVIES, 2007, p. 34).

Já a Revisão Sistemática, segundo Sampaio e Mancini (2007, p. 2):

[...] é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras¹.

Quando ao Ensaio Clínico Randomizado, ele pode ser assim definido:

[...] um estudo prospectivo que compara o efeito e valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) com controles em seres humanos, no qual o investigador distribui o fator de intervenção a ser analisado de forma aleatória através da técnica da randomização; dessa forma, os grupos experimentais e de controle são formados por um processo aleatório de decisão. Pode se referir a fármacos, técnicas ou procedimentos^{1,2}. O termo eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados. Efetividade refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano².

Esta forma de fazer medicina foi tão bem sucedida, com um avanço tão rápido da prática médica em tão pouco tempo, que sua lógica passou a ser adotada por outros campos de intervenção na vida humana, sendo aproveitada, por exemplo, na Psicologia (LEONARDI, 2016) no Serviço Social (SMITH, 2004), Educação (THOMAS & PRING, 2007), Terapia Ocupacional (LAW, BAUM & DUNN, 2005) entre outras áreas de intervenção.

O autismo, evidentemente, não poderia ficar de fora, sobretudo quando levamos em consideração que há uma janela de oportunidades até os 3 anos e que não se repete em nenhuma outra fase da vida. Não é possível “ficar tentando” para “ver o que dá certo”. É preciso, isto sim, apoiar-se no que temos certeza e investir ao máximo nas certezas.

Os EUA aprovaram duas leis fundamentais: *No Child Left Behind*, 2002 e depois o *Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, 2004. Ambas reafirmam um elemento essencial, ou seja, só é permitido usar dinheiro federal, no país, se houver evidências de que ele está sendo bem usado, que a intervenção financiada possui evidências de eficácia. Esta legislação lançou os

holofotes sobre as metanálises para os tratamentos do autismo, que passaram a ter o poder vinculativo de “liberação” de verbas do governo estadunidense.

Foram muitas as Revisões Sistemáticas - com ou sem Metanálise - produzidas no mundo a respeito do autismo. Não falaremos de todas elas, mesmo porque seus resultados são semelhantes, com ligeiras diferenças na forma de abordar as intervenções. Concentrar-nos-emos em somente duas iniciativas: a maior de todas, mais completa, que aborda os tratamentos com evidência, os sem evidência. E aquelas cujas evidências sugerem inclusive que podem ser prejudiciais - o *National Standard Project* - que descreve qual é a melhor intervenção global em autismo. E descreveremos melhor a Revisão Sistemática do *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team* - NCAEP, denominado *Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism*, que foi publicada em 2020 e tem uma revisão traduzida em português³.

Sugiro, veementemente, que NÃO confiem neste autor. Veja bem: ele tem todo o interesse em dizer que uma coisa é melhor do que outra para vender mais. Conheço esse tipo e com certeza não é de confiança.

Eu sei que parece confuso, mas eu sugiro que se mantenham em estado de alerta, desconfiando, posto que todos têm seus interesses. Ao mesmo tempo, eu sei que você está se perguntando “Mas se não posso confiar em ninguém, como vou saber o que é melhor para meu filho/cliente/aluno com autismo?” Pois a resposta é simples: leia você mesmo as evidências científicas disponíveis. Vamos lhe apresentar, brevemente as informações disponíveis nos estudos citados. E o melhor caminho, para você, é acessar os estudos originais, conferir o que dissemos e ampliar os seus conhecimentos.

O National Standard Project

O *National Standard Project* é um projeto do *National Autism Center* - NAC, nos Estados Unidos. Este órgão é parte do *May Institute* e seu objetivo é realizar pesquisa aplicada para o TEA e compartilhar informações com a população, sobretudo pais, professores e terapeutas sobre estes tratamentos. A perspectiva do

NAC é o da utilização de práticas baseadas em evidências para o tratamento do TEA.

Foi publicada uma primeira fase deste projeto no ano de 2009 com as evidências disponíveis até aquele momento. E uma segunda fase no ano de 2015⁴, incorporando os estudos analisados na primeira fase e novos estudos publicados entre um período e outro, constituindo, portanto, uma base não só enorme, mas absolutamente atual.

Este projeto se propôs a alguns objetivos:

- Apresentar a força da evidência que apoia tratamentos educacionais e comportamentais centrados nas características principais desses distúrbios neurológicos [o TEA];
- Descrever a idade, o diagnóstico e as habilidades/comportamentos visando à melhoria, associada às opções de tratamento;
- Identificar as limitações do corpo atual de pesquisa sobre o tratamento do autismo;
- Oferecer recomendações para se envolver em práticas baseadas em evidências para o TEA⁵.

O NSP de 2015 descreveu 14 práticas com evidência para autismo, elas são, em sua maioria, práticas focais, isto é, que têm por objetivo atuar em uma questão específica, mas também trouxe uma prática global, e é esta que iremos apresentar agora:

Intervenção Intensiva e Precoce

Trata-se de um modelo de intervenção que é considerado o tratamento prioritário para o Transtorno do Espectro Autista e deve ter algumas características fundamentais:

1. Ser precoce – a lógica da precocidade é simples, quanto antes começar a intervenção, tanto melhor⁶, mas o encaminhamento à intervenção depende do diagnóstico, como se dá nas pesquisas, ou na sinalização de risco para autismo, que não é feita logo após o nascimento, mas com o aparecimento de sinais do Transtorno do Espectro Autista. De toda sorte, o período de cobertura da pesquisa vai entre 0 e 9 anos de idade;

2. Ser intensiva – a lógica da intensidade é similar, podendo ser

explicitada pela assertiva “quanto mais intensiva, melhor”⁷, em que a intervenção é feita entre 25h e 40h semanais, com mais o treinamento de pais;

3. Ser íntegra - a intervenção precisa implementar, de forma íntegra, a intervenção e de maneira tão rigorosa quanto apresentada nas pesquisas, de modo que a implementação da intervenção, ainda que intensiva e precoce, torne-se eclética e não perca a efetividade⁸.

4. Ser distendida no tempo - infelizmente, a intervenção não é realizada em pouco tempo, mas a cobertura das pesquisas é de 2 a 3 anos de intervenção intensiva e precoce, sendo que grande parte das crianças necessita da intervenção para toda a vida.

Esta intervenção é fruto de avaliação e planejamento de um Analista do Comportamento, que mantém o caso sob supervisão minuciosa e implementada por um Acompanhante Terapêutico ou Mediador Escolar. Na avaliação, são descritas as habilidades em déficit no repertório do indivíduo, isto é, tudo o que ele deveria fazer por sua idade ou pelo contexto em que vive e não o faz ainda, como falar, imitar, parear, entre outros. E tudo o que está em excesso, ou seja, gritar, chorar, machucar-se. Isso normalmente é feito por meio de protocolos de avaliação comportamental, tais como ABLLS-R, VB-MAPP, PEAK, entre outros. Após a avaliação, são escritos programas comportamentais para cada habilidade em déficit possível de ser ensinada naquele momento. E conforme a criança aprende, novos comportamentos alvo são estabelecidos e novos programas escritos.

O conjunto de dados disponíveis sobre este processo de intervenção demonstrou enormes ganhos nos campos da inteligência, da linguagem, das habilidades sociais e do comportamento adaptativo. E boa parte das crianças, a depender de sua genética pessoal, perde todos os prejuízos do Transtorno do Espectro Autista⁹.

Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism, do NCAEP

Além das intervenções globais, há as intervenções focais, isto é,

que se dedicam especificamente a um comportamento que deve ser diminuído, alterado ou aumentado. Essas intervenções focais são, portanto, projetadas para abordar uma única habilidade ou objetivo de um aluno com autismo¹⁰.

Nesta linha, o *National Professional Development Center* - NPDC realizou uma Revisão Sistemática, publicada como artigo científico em 2015¹¹, com financiamento de atualização e que migrou, posteriormente, para o *Clearinghouse*, dando continuidade ao trabalho e produzindo a publicação de 2020 sobre a qual agora nos debruçamos e que trouxe novas práticas com evidência em relação à pesquisa de 2015, além de um reagrupamento de intervenções.

Foram descritas, neste contexto, 28 práticas baseadas focais baseadas em evidências:

1. Intervenções baseadas no antecedente (ABI)¹²

Definição: as intervenções baseadas em antecedentes (ABI) incluem uma variedade de modificações que são feitas no ambiente/contexto em uma tentativa de alterar ou moldar o comportamento de um aluno. As ABIs são tipicamente implementadas após a realização de uma avaliação funcional do comportamento, que pode auxiliar na identificação da função de um comportamento interferente, bem como das condições ambientais que podem ter se ligado a um comportamento ao longo do tempo. Uma vez identificados fatores no ambiente que podem estar reforçando o comportamento interferente, as ABIs são implementadas para modificar o ambiente ou a atividade, de modo que o fator não provoque mais o comportamento interferente. Além de direcionar comportamentos desafiadores, a ABI também pode ser usada para aumentar a ocorrência dos comportamentos ou habilidades desejados. Os procedimentos comuns da ABI incluem:

- 1) modificar atividades, materiais ou cronogramas educacionais, 2) incorporar a escolha do aluno nas atividades/materiais do aluno, 3) preparar os alunos antecipadamente para as próximas atividades, 4) variar o formato, o nível de dificuldade ou a ordem de instruções durante as atividades educacionais, 5) enriquecer o ambiente para fornecer pistas adicionais ou acesso a ma-

teriais adicionais; e 6) modificar os horários de entrega e estímulo e reforço. As estratégias da ABI geralmente são usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como Treino de Comunicação Funcional, extinção e reforço.

Um exemplo de estudo com este procedimento foi o *“Use of an Antecedent Intervention to Decrease Vocal Stereotypy of a Student With Autism in the General Education Classroom”*¹³. Neste estudo, uma criança (que emitia muita estereotipia vocal, de modo a atrapalhar seu desempenho como estudante), foi ensinada (diante de um cartão verde) a emitir livremente a estereotipia, ou seja, o cartão verde sinalizava uma condição em que não havia prejuízo. Mas havia o cartão vermelho – que sinalizava prejuízo, por exemplo, na hora em que estava acontecendo a explicação da matéria. Durante o período do ensino, se ele não respeitasse o cartão vermelho, este lhe era colocado 15 centímetros à frente do rosto para que ele prestasse atenção ao sinal. E assim ele aprendeu a não emitir estereotipias vocais, comportando-se de acordo com o contexto no qual estava inserido.

2. Comunicação Alternativa e Aumentativa

Definição: as intervenções de Comunicação Alternativa e Aumentativa (AAC) usam e/ou ensinam o uso de um sistema de comunicação que não seja vocal, incluindo sistemas de comunicação assistida e não assistida. Os sistemas de comunicação não assistidos não usam nenhum material ou tecnologia (por exemplo, linguagem gestual e gestos). Os sistemas de comunicação assistidos incluem sistemas de baixa tecnologia (por exemplo, troca de objetos/imagens ou apontamento para letras) e se estendem a dispositivos de geração de fala de alta tecnologia e aplicativos que permitem que outros dispositivos (ou seja, telefones, *tablets*) sirvam de Aparelhos Geradores de Voz - *Speech Generating Devices* - SGDs. Os métodos de ensino do uso de AAC também estão incluídos nesta categoria (por exemplo, *Aided Language Modeling*), que pode incluir outras EBPs, como estímulo, reforço, suporte visual e intervenções mediadas por pares.

Um exemplo do procedimento está no *“The Effects of PECS Teaching to Phase III on the Communicative Interactions between*

Children with Autism and their Teachers”¹⁴ em que as crianças usam o modelo do Picture Exchange Communication System – PECS, se comunicando por meio de trocas de figura, que podem ser únicas ou formando encadeamentos, até frases. Na pesquisa apontada, houve a disposição de Grupo Experimental, usando PECS e Grupo Controle, sem esta intervenção. As crianças que utilizaram a Comunicação Alternativa passaram a responder mais às interações iniciadas pelos adultos e também passaram a iniciar interações com os adultos com muito maior probabilidade, configurando um exemplo claro de efeito positivo sobre a comunicação destas crianças.

3. Intervenção Momentum Comportamental

Definição: a Intervenção Momentum Comportamental (BMI) é uma estratégia na qual a apresentação da tarefa é modificada para que aqueles que requerem respostas menos trabalhosas (ou seja, sequências de respostas de alta probabilidade) ocorram antes daqueles que exigem respostas mais difíceis (ou seja, sequências de respostas de baixa probabilidade). Isso é feito para que os alunos recebam reforço mais cedo e tenham maior probabilidade de permanecer engajados e persistir com as tarefas ou solicitações mais desafiadoras que se seguem. O BMI pode ser usado nos domínios acadêmico, social, de comunicação e comportamental. Além do reforço, as estratégias de IMC são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, como intervenções baseadas em antecedentes e dicas.

Um exemplo de procedimento está em “*Effects of high-probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders*”¹⁵ em que são apresentados a pessoas com autismo atividades que eles têm alta probabilidade de responder positivamente, que já aprenderam, estão acostumados e gostam de fazer e na sequência desses, atividades de baixa probabilidade de resposta, isto é, mais difíceis, que não aprenderam ainda. As respostas foram extremamente positivas, aumentando de maneira significativa a probabilidade de eles responderem nestas situações e também aumentando a probabilidade de se engajarem depois em situações semelhantes, isto é, novas, mesmo

com pessoas que não usaram este mesmo procedimento com elas.

4. Cognitivo Comportamental/ Estratégias de Instrução

Definição: a Intervenção Cognitivo-Comportamental/Estratégias de instrução baseiam-se na crença de que o aprendizado e o comportamento são mediados por processos cognitivos. Os alunos são ensinados a examinar seus próprios pensamentos e emoções e depois usar estratégias passo a passo para mudar seu pensamento, comportamento e autoconsciência. Essas intervenções podem ser usadas com alunos que apresentam comportamentos problemáticos relacionados a emoções ou sentimentos específicos, como raiva ou ansiedade (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental). Essas intervenções também podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades sociais e acadêmicas através de instruções explícitas sobre estratégias de aprendizagem. As intervenções do CBIS são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo modelação, suporte visual, estímulos, reforço, narrativas sociais, instruções e intervenções baseadas em pares e intervenções implementadas pelos pais.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado no estudo "*Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder*"¹⁶, em que foram feitos grupos de intervenção cognitivo-comportamental nos quais as crianças e adolescentes com TEA cumpriram o programa "*Exploring Feelings*" ao mesmo tempo que seus pais, em outro grupo. Neste programa, os atendidos falam sobre como reconhecem suas emoções e aprendem, com a própria descrição e dos amigos, a ter maior capacidade de automonitoramento e auto-regulação, reduzindo especialmente a ansiedade. Nesta mesma categoria, para além da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, como a descrita, também está a instrução direta para o estabelecimento de regras, sobretudo acadêmicas. A prática é aplicável ao autismo leve.

5. Reforçamento Diferencial de Alternativo, Incompatível ou Outros Comportamentos

Definição: o Reforço Diferencial de Comportamento Alternati-

vo, Incompatível ou Outro (DRA / I / O) é um processo sistemático que aumenta o comportamento desejável ou a ausência de um comportamento indesejável, fornecendo consequências reforçadoras para a demonstração/não demonstração desse comportamento. Comportamentos indesejáveis são aqueles que interferem no desenvolvimento, nos relacionamentos e na saúde do atendido (por exemplo, desengajamento, birras, agressão, autolesão). O atendido recebe essa consequência quando: a) o atendido está se engajando em um comportamento desejado específico que não seja o comportamento indesejável (DRA); b) o atendido emite um comportamento fisicamente impossível de executar enquanto exhibe o comportamento indesejável (DRI), ou c) o atendido não está envolvido no comportamento indesejável (DRO). O reforço diferencial é frequentemente usado com outras práticas baseadas em evidências, como a utilização de dicas para favorecer a emissão desses comportamentos mais desejáveis ou incompatíveis com o comportamento interferente.

Um exemplo de procedimento pode ser encontrado em *“Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach”*¹⁷, em que um menino com autismo apresentava um comportamento disruptivo em sala de aula. Este comportamento tinha mais de uma função - o que só é verificado em uma Análise Funcional. Mas para dar um exemplo específico aqui, ele se arranhava como função sensorial. Então, foi-lhe entregue uma bola - que ele poderia apertar durante a aula, ou seja, uma alternativa sensorial que diminuiu a necessidade de se arranhá-lo.

6. Instrução Direta

Definição: a Instrução Direta (DI) na abordagem sistemática do ensino e um pacote instrucional sequenciado que utiliza protocolos ou aulas com script, direcionado ao aluno, e emprega correções sistemáticas e explícitas de erros para promover o domínio e a generalização. A instrução direta é geralmente fornecida a pequenos grupos de alunos e inclui ritmo acelerado, respostas dos alunos, sinais explícitos, procedimentos de correção para respostas incorretas ou não, e modelagem de respostas corretas. A instrução é sequenciada para que os alunos sejam obrigados a domi-

nar os níveis em uma ordem pré-especificada antes de passar para o próximo nível¹⁸.

As intervenções de DI podem ser usadas para apoiar os alunos na aquisição de habilidades de alfabetização e matemática e são frequentemente usadas em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo estímulo, reforço, modelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism spectrum disorder to answer “Wh-” questions”*¹⁹ em que foi ensinado aos alunos a responder às perguntas “quem”, “o que” e “onde”. Neste experimento, começava-se com uma pergunta e só depois que ela estivesse bem aprendida se passava para a outra. O Professor formou pequenos grupos e apresentou o livro com a pequena história e (a) forneceu uma sugestão verbal, (b) fez uma referência à figura, (c) fez uma pergunta relacionada à habilidade alvo e (d) emitiu um sinal manual para indicar respostas. Os estudantes respondiam em coro. Se algum deles errasse, era feito um procedimento de correção do erro com dicas mais intrusivas, que eram depois retiradas. E passou-se para a segunda fase (para a qual iria direto se ninguém errasse), que era a apresentação individual, com cada estudante, deste mesmo processo, com uma nova pequena história.

7. Ensino por Tentativas Discretas (DTT)

Definição: O Ensino por Tentativas Discretas (DTT) é uma abordagem instrucional individual (geralmente) usada para ensinar habilidades de maneira planejada, controlada e sistemática. A DTT é caracterizada por tentativas repetidas ou agrupadas que têm começo e fim definidos. Na DTT, o uso de antecedentes e consequências é cuidadosamente planejado e implementado. O teste instrucional começa quando o praticante apresenta uma direção ou estímulo claro, o que provoca um comportamento-alvo. Elogios e/ou recompensas tangíveis são usados para reforçar as habilidades ou comportamentos desejados. Os dados geralmente são coletados em todas as avaliações. Outras práticas usadas na

DTT incluem análise de tarefas, solicitação, atraso de tempo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”²⁰, em que se faz um levantamento dos processos de ensino dos operantes verbais e de seus pré-requisitos, como a imitação, a partir do Ensino por Tentativas Discretas, que consiste em: a) preparar o ambiente; b) conseguir a atenção do aprendiz; c) apresentar o estímulo discriminativo (a instrução ou modelo, por exemplo); d) ajudar se o aprendiz não realizar; e) reforçar se o aprendiz acertar ou fazer um procedimento de correção se o aprendiz errar; f) dar uma pausa e recomeçar (pode haver outros passos a depender do ensino).

8. Exercício e Movimento (EXM)

Definição: intervenções via Exercício e Movimento (EXM) incorporam o uso de esforço físico e/ou movimentos corpo/mente (*mindful*) objetivando uma variedade de habilidades e comportamentos. O exercício pode ser usado como uma atividade antecedente para melhorar desempenho em uma tarefa ou comportamento ou para aumentar aptidão física e habilidades motoras. As atividades com movimento podem incluir atividades esportivas/recreativas, artes marciais, ioga ou outras práticas corpo/mente (*mindful*) com foco em grupos específicos de técnicas e habilidades motoras. Intervenções via EXM podem envolver aquecimento/volta à calma, atividades aeróbicas, de força, alongamentos e/ou habilidades motoras complexas e podem ser desempenhadas individualmente ou em ambientes em grupo/equipe. O uso de EXM é frequentemente combinado com dicas, modelação, reforçamento e suportes visuais²¹.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder*”²², em que os estudantes realizavam uma atividade física de 20 minutos de manhã e depois uma série de paradas para novos exercícios, de 1 a 5 minutos, o que fazia com que as atividades posteriores tivessem muito menor probabilidade de serem perturbadas por comportamentos desafi-

adores, como agressividade contra si ou contra outrem, gritos, entre outros.

9. Extinção (EXT)

Definição: extinção (EXT) é a remoção de consequências reforçadoras de um comportamento desafiador a fim de reduzir a ocorrência futura desse comportamento. O procedimento de extinção depende da identificação precisa da função do comportamento e das consequências que podem estar reforçando sua ocorrência. A consequência que se acredita reforçar a ocorrência do comportamento desafiador do alvo é removida, resultando em uma diminuição do comportamento alvo. Um aumento inicial no comportamento desafiador (geralmente chamado de “explosão de extinção”) é comum antes de eventualmente ser extinto. A extinção não deve ser usada isoladamente. Outras práticas usadas em combinação com a extinção incluem reforço diferencial e avaliação do comportamento funcional.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Function-based intervention to support the inclusion of students with autism”²³ em que os estudantes eram instruídos a levantar as mãos para pedir o que necessitassem. Este procedimento era combinado com diversos outros, como o reforçamento dos pedidos adequados, dando alternativas funcionais para o indivíduo se comunicar e ter acesso aos reforçadores.

10. Avaliação Funcional do Comportamento

Definição: A avaliação do comportamento funcional (FBA) é uma maneira sistemática de determinar a função ou o objetivo de um comportamento, para que um plano de intervenção eficaz possa ser desenvolvido. O FBA consiste em descrever o comportamento interferente ou problemático, identificar eventos antecedentes e consequentes que controlam o comportamento (às vezes, testados sistematicamente por meio de uma Análise Funcional Experimental), desenvolver uma hipótese da função do comportamento e testar a hipótese. A coleta de dados é uma parte importante do processo do FBA. O FBA é normalmente usado para identificar as funções (que leigamente poder-se-ia chamar de “causas”) de comportamentos interferentes, como automutilação, agres-

são a outros ou comportamentos destrutivos. E deve ser seguido pela criação e implementação de uma intervenção comportamental para abordar o comportamento interferente descrito.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Conducting a Function-Based Intervention in a School Setting to Reduce Inappropriate Behaviour of a Child With Autism*”²⁴ em que foi realizada a avaliação funcional do comportamento de 3 diferentes formas na escola, demonstrando primeiramente que isso é possível, de forma consistente, e tratando, por exemplo, o comportamento do estudante de desengajamento das atividades escolares. Descobriu-se, na avaliação, que este comportamento era mantido pela atenção da professora e, portanto, uma intervenção de extinção + reforço diferencial do engajamento era um dos caminhos a seguir, articulando, portanto, as diversas práticas com evidência.

11. Treino de Comunicação Funcional (FCT)

Definição: o Treino de Comunicação Funcional (FCT) é um conjunto de práticas que substituem um comportamento desafiador que possui uma função de comunicação por comportamentos ou habilidades de comunicação mais apropriadas e eficazes. A FCT é precedida por uma avaliação do comportamento funcional para identificar a função de um comportamento interferente, seguida pelo ensino de uma habilidade de comunicação apropriada que pode servir ao mesmo propósito para o aluno com TEA. A FCT geralmente inclui um procedimento de reforço diferencial, no qual um indivíduo recebe uma resposta alternativa que resulta na mesma classe de reforço identificada como mantendo o comportamento problema. O comportamento problema geralmente é colocado em extinção. O componente distinto da FCT é que a resposta alternativa é uma forma reconhecível de comunicação (por exemplo uma vocalização, sinal manual ou cartão do PECS).

Um exemplo pode ser encontrado na Dissertação de Mestrado “Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esquiva da tarefa em crianças com TEA”²⁵ em que os participantes, meninos com autismo em fase escolar, tinham comportamentos desafiadores com a fun-

ção de se esquivar da lição. Foram, então, ensinados a pedir, de forma apropriada, para terem acesso a pausas das atividades. Essas respostas podiam ser vocais, “quero parar”, em sinal ou cartão. E, posteriormente, foram ensinados a reduzir os pedidos de pausa e ficar mais tempo engajados na atividade. Os estudantes diminuiram os comportamentos disruptivos, aumentaram os pedidos verbais esperados, conseguiram diminuir drasticamente as pausas e generalizaram os resultados.

12. Modelação

Definição: a Modelação (MD) envolve a demonstração de um comportamento-alvo desejado que resulta no uso do comportamento pelo aluno e que leva à aquisição do comportamento-alvo. Assim, o aluno está aprendendo uma habilidade específica através do aprendizado observacional. O MD é frequentemente combinado com outras estratégias, como estímulo e reforço.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning”*²⁶ em que adolescentes com autismo foram expostos a situações em que observavam respostas sociais apropriadas e inapropriadas de adultos e observavam também as apropriadas sendo reforçadas e as inapropriadas não sendo reforçadas e lhes foi ensinado a discriminar entre os dois tipos de respostas. Os adolescentes aprenderam adequadamente a discriminar, por observação, respostas adequadas ou não e a generalizar para outros contextos.

13. Intervenção Mediada por Música (MMI)

Definição: a Intervenção Mediada por Música (MMI) usa a música como um recurso essencial da entrega da intervenção. Isso inclui a Musicoterapia, que ocorre em um relacionamento terapêutico com um musicoterapeuta treinado, além do uso planejado de músicas, entonação melódica e/ou ritmo para apoiar o aprendizado ou desempenho de comportamentos e habilidades-alvo em contextos variados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines For Young*

Children With Autism”²⁷ em que crianças com autismo ganharam uma música (uma para cada criança) com todos os passos, desde a entrada na sala de aula, até o ato de cumprimentar os colegas. A música teve um retorno extremamente positivo, inclusive aumentando expressivamente o número de saudações que lhes eram devolvidas.

14. Intervenção Naturalística

Definição: Intervenção Naturalística (NI) é uma coleção de práticas, incluindo arranjo ambiental e técnicas de interação implementadas durante rotinas diárias e atividades na sala de aula ou no ambiente doméstico do aluno. Essas práticas são projetadas para incentivar comportamentos-alvo específicos com base nos interesses dos alunos, criando habilidades mais complexas que são naturalmente reforçadoras e adequadas à interação. As NIs estão incorporadas em atividades e/ou rotinas típicas nas quais o aluno participa. As práticas de NI emergem de abordagens comportamentais (por exemplo, análise comportamental aplicada) e/ou de desenvolvimento da aprendizagem, e abrangem intervenções que foram notadas como intervenções comportamentais naturalísticas do desenvolvimento (NDBIs; Schreibman *et al.*, 2015) na literatura recente.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA”²⁸ em que outras crianças da escola foram treinadas a interagir em brincadeiras com as crianças com autismo no ambiente natural desta brincadeira (os momentos da escola destinados à atividade), com o reforçador natural da tarefa (que é o aproveitamento da própria brincadeira com os amigos), trabalhando com a motivação da própria criança com autismo.

15. Intervenção Implementada por Pais

Definição: na Intervenção Implementada por pais (PII), os pais são as principais pessoas a usarem uma prática de intervenção com seu próprio filho. Os profissionais ensinam os pais em formato individual ou de grupo (em ambientes domésticos ou comunitários). Os métodos para ensiná-los variam, mas podem incluir instruções didáticas, discussões, modelagem, treinamento ou

feedback de desempenho. O papel dos pais é usar a prática de intervenção para ensinar ao filho novas habilidades, quais sejam: formas de comunicação, maneiras de brincar ou habilidades de autocuidado, o envolvimento do filho na comunicação social e interações e/ou como diminuir comportamentos desafiadores. Depois que os pais são treinados, eles utilizam as intervenções (ou parte delas) com seus filhos. Os pais estão frequentemente implementando outras EBPs incluídas neste relatório (intervenções naturalistas, modelagem de vídeo ou narrativas sociais).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA.”²⁹, feito na Universidade Federal do Pará, no qual pais de crianças com autismo foram ensinados a implementarem Ensino por Tentativas Discretas, uma das práticas com melhor evidência para autismo e comparou-se o desempenho das crianças quando ensinadas por seus pais ou quando ensinadas por profissionais e concluiu-se que não houve diferença significativa entre as intervenções. O processo de treinamento dos pais se dá por meio do Treinamento de Habilidades Comportamentais (*Behavioral Skills Training* - BST), que consiste, basicamente, em a) oferecer a instrução; b) mostrar como se faz; c) pedir para o pai ensaiar a prática; e d) das *feedback* corretivo dos erros e elogiar os acertos.

16. Instrução e Intervenção Mediadas por Pares (PBII)

Definição: na Instrução e Intervenção Mediadas por Pares, a interação social entre pares é a característica definidora da intervenção. Na maioria das vezes, mas nem sempre, o colega do aluno é uma criança neurotípica da mesma idade geral. Existem dois tipos de PBIIs, caracterizados pelo papel do colega e do professor. Nas instruções e intervenções mediadas por pares (PMIIs), o colega recebe treinamento e talvez orientação de um adulto (pelo professor ou pelo clínico, por exemplo) para fornecer iniciações ou instruções sociais de uma maneira que apoie o objetivo de aprendizagem do aluno com autismo. Em uma variação dessa abordagem, um irmão do aluno pode servir no papel de par (por exemplo, intervenção mediada por irmãos), mas os procedimentos são os mesmos. Nas instruções e intervenções mediadas por adultos

(AMII), o professor ou outros adultos organiza o ambiente social (por exemplo, aproxima as crianças) e fornece treinamento, orientações e / ou reforço para que o aluno e o colega se envolvam na interação social.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with Autism Spectrum Disorder*”³⁰, em que estudantes do equivalente ao Ensino Médio, com desenvolvimento típico, passaram por treinamento para mediar uma intervenção com adolescentes com autismo para melhorar suas habilidades sociais, especificamente as conversas. Os adolescentes foram treinados em três tópicos: (a) Estratégias de conversação (T1); (b) Estratégias para promover a iniciação de conversas (T2); e (c) Estratégias para a introdução de questões de manutenção da conversa. Esses adolescentes aprenderam coisas como fazer contato visual, chamar ou tocar o adolescente com autismo e ajudá-lo a se engajar na conversa (e retirar depois a ajuda), a iniciar uma conversa com dica simples, como o contato visual, ou mais fortes, como falar “agora você que começa” e retirando progressivamente também o apoio e da mesma forma o ensino das questões. Além do treinamento inicial, as interações eram filmadas e os adolescentes eram elogiados pelo acerto e recebiam *feedback* corretivo pelos erros. Ao final, as pessoas com autismo se engajavam mais nas conversas, iniciavam mais interações e mantinham conversas com mais tempo, também com outros adolescentes.

17. Dicas (*Prompting*)

Definição: as Dicas, ou *Prompting* (PP) incluem o suporte dado aos alunos que os ajudam a usar uma habilidade específica. Dica verbal, gestual ou física é dada aos alunos para ajudá-los a adquirir ou se envolver em um comportamento ou habilidade direcionada. Geralmente, as Dicas são dadas por um adulto ou um colega antes ou quando o aluno tenta usar uma habilidade. Esses procedimentos são frequentemente usados em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo atraso e reforço, ou fazem parte de protocolos para o uso de outras práticas baseadas em evidências, como o Treino de Habilidades Sociais,

Ensino por Tentativas Discretas e a Videomodelação. Assim, os procedimentos de Dicas são considerados fundamentais para o uso de muitas outras práticas baseadas em evidências.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual”³¹ em que crianças com o autismo e Deficiência Intelectual eram ensinados a discriminar entre direita e esquerda levantando o braço correspondente à instrução. Ocorre que no começo as crianças eram incapazes de levantar o braço correto, então era dada a dica de imitação, gestual e física (levantava-se o braço do participante). Como é da natureza de toda dica, elas foram gradualmente retiradas (a expressão técnica para isso é “esvanecimento”) e as crianças aprenderam a levantar o braço direito ou esquerdo somente com a instrução, sem a necessidade, ao fim, de qualquer outra dica.

18. Reforçamento

Definição: reforçamento (R) é a aplicação de consequências após a ocorrência de uma habilidade que aumenta a probabilidade de comportamentos compatíveis em situações futuras. O reforçamento inclui reforço positivo, reforço negativo (diferente de punição), reforço não-contingente e economia de fichas. O reforçamento é uma prática fundamental baseada em evidências, na medida em que quase sempre é usada com outras práticas baseadas em evidências, incluindo Dicas, Ensino por Tentativas Discretas, Treino de Comunicação Funcional, Intervenção Naturalística.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando Reforçamento Não Contingente e treino de mando”³² em que se verificou que o comportamento autolesivo (bater com as mãos na cabeça e rosto) era causado sobretudo pelo comportamento de fuga das atividades. O procedimento consistiu em diversas intervenções. Mas uma delas, que nos interessa mais neste tópico, foi o reforçamento não contingente, ou seja, a cada 3 minutos (aproximadamente) eram oferecidos comestíveis e atenção ao estudante, fazendo com que o comportamento autolesivo diminuísse de forma expressiva.

19. Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR)

Definição: a Interrupção e Redirecionamento da Resposta (RIR) envolve a introdução de uma dica ou comentário quando ocorre um comportamento-alvo projetado para desviar a atenção do aluno do comportamento-alvo. Especificamente, o RIR é usado predominantemente para abordar comportamentos repetitivos, estereotipados e / ou autolesivo. RIR é frequentemente implementado após a realização de uma avaliação funcional do comportamento (FBA) para identificar a função do comportamento-alvo. E é particularmente útil com comportamentos-alvo persistentes que ocorrem na ausência de outras pessoas, em várias configurações diferentes e durante uma variedade de tarefas. Esses comportamentos geralmente não são mantidos por atenção ou fuga. Em vez disso, é mais provável que sejam mantidos por reforço sensorial e frequentemente resistentes a tentativas de intervenção. O RIR é particularmente eficaz com comportamentos mantidos sensorialmente porque os alunos são impedidos de se envolver em comportamentos-alvo e redirecionados para comportamentos alternativos mais apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Decreasing Vocal Stereotypy of a Youth With Autism in a Classroom Setting”*³³ em que um rapaz com autismo se engajava frequentemente em estereotípias vocais de vários tipos, prejudicando seu desenvolvimento escolar e social. O procedimento deu-se da seguinte maneira: quando ele fazia isso, uma pessoa tocava em seu ombro e, quando ele olhava para a pessoa, uma pergunta bem simples lhe era feita. Se respondida adequadamente, o aluno recebia um elogio – o que criou a oportunidade de quebrar a estereotípias.

20. Autogerenciamento (SM)

Definição: o Autogerenciamento (SM) é um pacote de intervenção que ensina os alunos a regular, de forma independente, seu próprio comportamento. O Autogerenciamento envolve ensinar os alunos a discriminar entre comportamentos apropriados e inadequados, monitorar e registrar com precisão seus próprios comportamentos e entregar, a si mesmos, reforçadores por se comportarem adequadamente. Embora inicialmente os alunos possam

precisar de apoio de adultos para registrar com precisão comportamentos e fornecer auto-reforço, esse apoio desaparece com o tempo. O autogerenciamento é frequentemente usado em conjunto com outras práticas baseadas em evidências, incluindo intervenções mediadas por tecnologia, modelação, videomodelação e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Use of a Self-monitoring Application to Reduce Stereotypic Behavior in Adolescents with Autism: A Preliminary Investigation of I-Connect”*³⁴ em que dois adolescentes com autismo que tinham também Deficiência Intelectual aprenderam a usar um aplicativo de celular para responder a cada intervalo de tempo, se estavam emitindo estereotípias vocais ou motoras com as mãos. Este automonitoramento ou autogerenciamento do comportamento fez com que eles emitissem os comportamentos estereotipados em menor frequência do que faziam antes.

21. Integração Sensorial

Definição: a Integração Sensorial® (SI, Ayres, 1989) é uma teoria e prática que tem como alvo a capacidade de uma pessoa de processar e integrar internamente informações sensoriais de seu corpo e ambiente, incluindo informações visuais, auditivas, táteis, propioceptivas e vestibulares. O SI usa atividades personalizadas que desafiam o processamento sensorial e o planejamento motor, incentivam o movimento e a organização própria no tempo e no espaço, utilizam os desafios “na medida” e incorporam o equipamento clínico em atividades intencionais e divertidas para melhorar o comportamento adaptativo. O SI é implementado por Terapeutas Ocupacionais treinados e ocorre principalmente em contextos clínicos.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial”*³⁵ em que crianças com autismo foram individualmente avaliadas e suas dificuldades adaptativas em diversas atividades foram analisadas e em diversos casos formuladas hipóteses para esses prejuízos. Nestes casos, eram formuladas as intervenções de experientiação de estímulos sensoriais apropriados, na medida de

cada necessidade, especialmente de forma lúdica, em jogos e brincadeiras, com a função de atingir a integração sensorial. Os resultados foram estatisticamente significativos em relação ao grupo controle, que participou de atividades usuais e não baseadas na Integração Sensorial.

22. Narrativas Sociais (SN)

Definição: narrativas sociais (SN) são intervenções que descrevem situações sociais, a fim de destacar características relevantes de um comportamento ou habilidade alvo e oferecer exemplos de comportamentos apropriados. As narrativas sociais visam ajudar os alunos a se adaptarem às mudanças de rotina, adaptarem seus comportamentos com base nas dicas sociais e físicas de uma situação, ou a ensinar habilidades ou comportamentos sociais específicos. As narrativas sociais são individualizadas de acordo com as necessidades dos alunos e geralmente são bastante curtas, frequentemente contadas em formato de história e geralmente incluem figuras ou outros recursos visuais. Geralmente escritos em primeira pessoa do ponto de vista do aluno, eles incluem frases que detalham a situação, fornecem sugestões ao aluno de comportamentos apropriados e descrevem os pensamentos e sentimentos de outras pessoas envolvidas na situação.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“The Use of Social Stories to Reduce Precursors to Tantrum Behavior in a Student with Autism”*³⁶ em que foram localizados dois momentos em que os comportamentos precursores dos comportamentos disruptivos ocorriam. E, a partir daí, apresentaram-se os comportamentos adequados, em histórias sociais e em primeira pessoa. Dois momentos que eram as transições entre ir à escola e voltar, e o momento do almoço. Nestas histórias, eram descritos os comportamentos apropriados e os reforçadores (adesivos e depois um “prêmio” escolhido) pertinentes ao comportamento adequado. Nos dois casos, o sucesso foi total e os disruptivos praticamente zerados.

23. Treino de Habilidades Sociais

Definição: o Treino de Habilidades Sociais (SST) é uma intervenção em grupo ou individual, projetada para ensinar aos alunos formas de participar de maneira adequada e bem-sucedida

em suas interações com os outros. Isso pode incluir relacionamentos com colegas, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade e parceiros românticos. A maioria das sessões de intervenção inclui instrução direta de conceitos básicos, ensaios (*role-play*) ou prática e *feedback* para ajudar os alunos a adquirir e praticar habilidades de comunicação, brincadeira ou práticas sociais para promover interações positivas com os outros. As técnicas de SST geralmente incluem outras EBPs, como reforço, modelação, dicas, intervenções cognitivo-comportamentais, narrativas sociais, *scripts* e suporte visual.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo "*Social Skills Training to Increase Social Interactions Between Children with Autism and Their Typical Peers*"³⁷ em que os adolescentes participavam de um grupo de Treinamento de Habilidades Sociais, no qual eram demonstradas diversas situações sociais e apresentado modelo de interações sociais apropriadas. Após isso, eles ensaiavam essas situações e, a título de reforço, eram corrigidos nos erros cometidos, havendo reforçamento para os acertos. Este procedimento fez com que os adolescentes respondessem muito mais positivamente às interações sociais nos quesitos cumprimentos, imitação e seguimento de instruções, bem como compartilhamento e resposta aos pedidos de ajuda.

24. Análise de Tarefas (TA)

Definição: a Análise de Tarefas (AT) é o processo de decompor uma habilidade comportamental complexa ou "encadeada" em componentes menores para ensinar uma habilidade. O aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais da cadeia progressivamente, até que toda a habilidade seja dominada (também chamada de "encadeamento direto"). Ou o aluno pode ser ensinado a executar etapas individuais, começando com a etapa final e retornando progressivamente pela cadeia de habilidades até que toda a tarefa seja dominada desde o início (encadeamento de trás para frente). A Análise de Tarefas também pode ser usada para apresentar uma tarefa inteira a um aluno de uma só vez, com etapas claras sobre como atingir a habilidade do início ao fim. Outras práticas, como reforço, videomodelação ou atraso de tem-

po devem ser usadas para facilitar o aprendizado das etapas menores. À medida em que os passos menores são dominados, o aluno se torna mais independente em sua capacidade de executar a habilidade maior.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo em que diversos estudantes (com autismo ou Deficiência Intelectual) foram ensinados a comprar coisas de que gostavam, de modo independente, no mercado. O primeiro passo do processo foi a observação de pessoas que compravam no mesmo lugar e dividir a tarefa em pequenos pedaços, 28 ao total. Depois os estudantes foram acompanhados a fazerem a lista das coisas que queriam comprar e instruídos sobre como realizar cada um dos 28 passos. Em cada passo realizado, o implementador elogiava o acerto ou corrigia o erro, até que o desempenho fosse satisfatório. Todos demonstraram o desempenho desejado.

25. Instrução e Intervenção Assistida por Tecnologia (TAII)

Definição: Instrução e Intervenções Assistidas por Tecnologia (TAII) são aquelas em que a tecnologia é a característica central de uma intervenção. Dado o rápido aumento da inclusão da tecnologia nas intervenções, essa prática baseada em evidências é mais focada em incluir a tecnologia projetada ou empregada especificamente para apoiar o aprendizado ou o desempenho de um comportamento ou habilidade de um aluno. Intervenções que usam uma forma mais geral de tecnologia para fornecer uma prática com evidência em suporte alternativo (por exemplo, exibindo um suporte visual em um dispositivo móvel, videomodelação, alarme em um telefone como parte do autogerenciamento) não estão incluídas nesta base de evidências. O TAIi inclui tecnologias como robôs, software para computador ou baseado na Web, aplicativos para dispositivos e redes virtuais. Os recursos comuns dessas intervenções são a própria tecnologia (como observado) e procedimentos instrucionais para aprender a usar a tecnologia ou apoiar seu uso em contextos apropriados.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo *“Emotiplay’: a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation”*³⁸, no qual um site (<https://>

emotiplay.com/) era utilizado como plataforma na qual a criança ou adolescente com autismo leve (eles usam a expressão “autismo de alto funcionamento”) passava por uma série de atividades, especialmente de reconhecimento de faces, linguagem corporal e integração entre elas. Depois de ver um rosto, por exemplo, escolhiam se ele denotava tristeza, alegria, entre outros sentimentos. E o acerto era reforçado. Depois de uma jornada de treinamento, os participantes demonstraram reconhecer muito melhor as emoções alheias, generalizando os resultados para além do jogo.

26. Atraso de tempo (TD)

Definição: o Atraso do Tempo (TD) é uma prática usada para diminuir sistematicamente o uso de Dicas durante as atividades de ensino. Com este procedimento, é fornecido um breve atraso entre a instrução inicial e quaisquer instruções ou dicas adicionais. A pesquisa, baseada em evidências, concentra-se em dois tipos de procedimentos de Atraso de Tempo: progressivo e constante. Com o atraso progressivo do tempo, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre uma instrução e qualquer solicitação que possa ser usada para obter uma resposta do aluno. À medida em que o aprendiz se torna mais competente no uso da habilidade, o praticante aumenta gradualmente o tempo de espera entre a instrução e a dica. Em um atraso de tempo constante, sempre é usado um período fixo de tempo entre a instrução e a dica, e isso à medida em que o aluno se torna mais experiente no uso da nova habilidade. O atraso de tempo é sempre usado em conjunto com procedimento de dica (por exemplo, dica de menos para mais, dica simultânea, condução graduada).

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*Teaching students with autism to read pictures*” em que os pesquisadores mostravam, para as crianças, cartas com desenhos de pessoas, objetos ou ações e os ensinavam a reconhecer cada um deles e formar leituras encadeadas desses desenhos. Após uma fase de Dica simultânea, isto é, em que a tarefa era apresentada e logo em seguida a ajuda para que o estudante não errasse, introduzia-se o Atraso de Tempo, fazendo com que a Dica fosse atrasada em 2 segundos em

cada tentativa, para que o estudante se adiantasse e passasse a emitir o comportamento de forma independente.

27. Videomodelação (VM)

Definição: a Videomodelação (VM) é um método de instrução que usa a tecnologia de vídeo para gravar e apresentar uma demonstração do comportamento ou habilidade almejada. A demonstração é mostrada ao aluno, que então tem a oportunidade de executar o comportamento-alvo no momento ou em um momento posterior. Os tipos de modelagem de vídeo incluem modelo adulto ou par como modelo, auto modelagem de vídeo, videomodelação *point-of-view*, Dica em vídeo e feedback em vídeo. A modelagem de vídeo é frequentemente usada com outras EBPs, como Análise de Tarefas, Dicas e estratégias de Reforçamento.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo brasileiro “Aprendizagem Observacional em Crianças com Autismo: Efeitos do Ensino de Respostas de Monitoramento via Videomodelação”³⁹ em que se ensinava crianças com autismo a nomear personagens criados pela própria pesquisa. No vídeo que assistiam, um pesquisador perguntava a um modelo “O que é isso?” apontando o objeto e o modelo, ou acertava (e tinha acesso a reforçadores) ou errava (e não tinha acesso) e as crianças com autismo aprenderam a nomeação correta, observando e discriminando as condições que davam acesso ao reforçador e modelando seu comportamento a partir do vídeo.

28. Suportes Visuais (VS)

Definição: os Suportes Visuais (VS) são dicas concretas que fornecem informações sobre uma atividade, rotina ou expectativa e / ou suporte para alguma habilidade. Os Suportes Visuais são frequentemente combinados com outras práticas, como Dica e Reforçamento, e também são incorporados em muitas intervenções mais complexas ou pacotes interventivos. Alguns exemplos de Suportes Visuais comuns são: rotinas visuais, agendas visuais, sistemas de trabalho, organizadores gráficos, dicas visuais e *scripts*.

Um exemplo pode ser encontrado no estudo “*The relationship between predictability and problem behavior for students with severe*

disabilities”⁴⁰ em que os comportamentos inadequados de crianças com autismo severo foram avaliadas e atingiam altos níveis, mas quando havia o planejamento e apresentação visual das atividades antes da intervenção, possibilitando uma previsibilidade, havia uma queda bastante expressiva de comportamentos inadequados, mesmo quando a atividade era ainda desconhecida, simplesmente pelo fato de ela ter sido apresentada no planejamento do dia.

Considerações Finais

Sendo sintético, a questão basilar é essa: não me parece ético submeter pessoas com o Transtorno do Espectro Autista a práticas sem nenhuma demonstração de efetividade. Centenas de estudos realizados em todo o mundo e as amplas revisões científicas do NAC e NCAEP realizaram o belíssimo trabalho de separar o joio do trigo e indicar quais práticas possuem evidência e podem realmente ajudar as pessoas com autismo a terem melhor qualidade de vida. Nossa tarefa é estudar exaustivamente e dar o melhor de nós, a fim de garantir que a presença de uma deficiência não seja desculpa para privar os autistas de seus Direitos Humanos.

Referências Bibliográficas

1. Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
2. Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.
3. <https://www.terapiaaba.com.br/upload/ebp-traducao-final.pdf>.
4. National Autism Center. Findings and conclusions: National standards project, phase 2. 2015.
5. Randolph, M. A. National Standards Report. National Autism Center, 2009.
6. Clark, Megan Louise Erin et al. School age outcomes of children diagnosed early and later with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 48, n. 1, p. 92-102, 2018.
7. Linstead, Erik et al. Intensity and learning outcomes in the treatment of children with autism spectrum disorder. *Behavior modification*, v. 41, n. 2, p. 229-252, 2017.
8. Howard, Jane S. et al. Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities*, v. 35, n. 12, p. 3326-3344, 2014.
9. Lovaas, O. Ivar. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 55, n. 1, p. 3, 1987.
10. Odom, Samuel L. et al. Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. Preventing school failure: Alternative education for children and youth, v. 54, n. 4, p. 275-282, 2010.
11. Wong, Connie et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 45, n. 7, p. 1951-1966, 2015.
12. As definições que apresentamos são tradução livre do documento do NCAEP.
13. Haley, Janet L.; Heick, Patrick F.; Luiselli, James K. Use of an antecedent intervention to decrease vocal stereotypy of a student with autism in the general education classroom. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 32, n. 4, p. 311-321, 2010. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317107.2010.515527>.
14. Carr, Deborah; Felce, Janet. The effects of PECS teaching to Phase III on the communicative interactions between children with autism and their teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 4, p. 724-737, 2007.
15. Davis, Carol Ann et al. Effects of high probability requests on the acquisition and generalization of responses to requests in young children with behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 25, n. 4, p. 905-916, 1992.
16. Mcconachie, Helen et al. Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, v. 18, n. 6, p. 723-732, 2014.
17. Bruhn, Allison L. et al. Assessing and Treating Stereotypical Behaviors in Classrooms Using a Functional Approach. *Behavioral Disorders*, v. 41, n. 1, p. 21-37, 2015.
18. Mais informações podem ser encontradas no National Institute for Direct Instruction (NIFDI) website (www.nifdi.org).

19. Cadette, Jessica N. et al. The effectiveness of direct instruction in teaching students with autism Spectrum disorder to answer “wh-” questions. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 46, n. 9, p. 2968-2978, 2016.
20. Guerra, Bárbara. Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com transtorno do espectro autista (TEA). 2015.
21. A tradução de termos técnicos teve o apoio do Prof. Dr. Paulo Chereguini, pesquisador em Educação Física aplicada ao Transtorno do Espectro Autista.
22. Cannella-Malone, Helen I.; Tullis, Christopher A.; Kazze, Aline R. Using antecedent exercise to decrease challenging behavior in boys with developmental disabilities and an emotional disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*, v. 13, n. 4, p. 230-239, 2011.
23. Reeves, Linda M. et al. Function-based intervention to support the inclusion of students with autism. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, p. 379-391, 2013.
24. Camacho, Regina et al. Conducting a function-based intervention in a school setting to reduce inappropriate behaviour of a child with autism. *Behaviour Change*, v. 31, n. 1, p. 65-77, 2014.
25. Michel, Renata Cristina et al. Efeitos de um Treino de Comunicação Funcional sobre comportamentos disruptivos com função de esQUIVA da tarefa em crianças com TEA. 2018.
26. Dequinzio, Jaime Ann; TAYLOR, Bridget A. Teaching children with autism to discriminate the reinforced and nonreinforced responses of others: Implications for observational learning. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 48, n. 1, p. 38-51, 2015.
27. Kern, Petra; Worely, Mark; Aldridge, David. Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 37, n. 7, p. 1264-1271, 2007.
28. Hernandez, M.A.Z.D. (2017) Uma Intervenção Naturalística com pares para aumentar respostas de interação social de crianças com TEA. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Análise do Comportamento) São Paulo: Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
29. Cesar de Oliveira, J. S. Intervenção implementada por profissional e cuidador a crianças com TEA. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 34 páginas. 2017.
30. Bambara, Linda M. et al. A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 27, p. 29-43, 2016.
31. De Carvalho Silva, Elaine; Elias, Nassim Chamel. Ensino de relações espaciais de esquerda e direita a participantes com autismo e deficiência intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 33, n. 1, 2018.
32. De Garcia, Marcus Vinícius Fonseca; Oliveira, Thais Porlan. Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando reforçamento não contingente e treino de mando. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, v. 12, n. 1, 2016.
33. Wells, Jenny; Collier, Lisha; Sheehy, Patricia H. Decreasing vocal stereotypy of a youth with autism in a classroom setting. *Child & Family Behavior Therapy*, v. 38, n. 2, p. 164-174, 2016.
34. Crutchfield, Stephen A. et al. Use of a self-monitoring application to reduce stereotypic behavior in adolescents with autism: A preliminary investigation of I-Connect. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 5, p. 1146-1155, 2015.

35. Schaaf, Roseann C. et al. An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 44, n. 7, p. 1493-1506, 2014.
36. Kuttler, Shari; Myles, Brenda Smith; Carlson, Judith K. The use of social stories to reduce precursors to tantrum behavior in a student with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, v. 13, n. 3, p. 176-182, 1998.
37. Gonzalez- Lopez, Adriana; Kamps, Debra M. Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus on autism and other developmental disabilities*, v. 12, n. 1, p. 2-14, 1997.
38. Friedenson-Hayo, S. et al. 'Emotiplay': a serious game for learning about emotions in children with autism: results of a cross-cultural evaluation. *European child & adolescent psychiatry*, v. 26, n. 8, p. 979-992, 2017.

Bibliografia Básica

- Lacerda, Lucelmo. *Transtorno do Espectro Autista: uma brevíssima introdução*. Curitiba: CRV, 2018.
- Bosa, C.A., Teixeira, M.C. *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica*. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- Schwartzman, J. S.; Araújo, C. A. (Orgs) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2011.
- National Autism Center. *Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2*. Free report, 2015. Disponível em: <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/>.
- Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.
- Orsati, F.T. et al. *Práticas para a sala de aula baseadas em evidências*. São Paulo: Memnon, 2015.
- Lacerda, Lucelmo. *Educador ou cuidador? O acompanhante do estudante com autismo em inclusão no Brasil*. Apresentação no 1º Congresso Luso-Brasileiro de TEA e Educação Inclusiva. 2017.
- Capellini, V.L.M.F. *Avaliação das possibilidades do ensino colaborativo no processo de inclusão escolar do aluno com deficiência mental*. 302 fls. Tese (Doutorado em Educação Especial) São Carlos: UFSCar, 2004.
- Bagaiolo, Leila. Guilhardi, Cíntia. Romano, Cláudia. "Análise do Comportamento Aplicada – ABA" In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves de. (Orgs.) *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, pp. 278-296.
- Mendes, Enicéia Gonçalves. *A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil*. *Revista Brasileira de Educação*, v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006.
- Mendes, E.G., Almeida, M.A., Williams, L.C.A. (Orgs). *Temas em Educação Especial: avanços recentes*. São Carlos: EDUFSCar, 2009.
- Bueno, J.G.S. *Educação especial brasileira: questões conceituais e de atualidade*. São Paulo: EDUC, 2011.
- Stock, Richard A.; Schulze, Kimberly A.; Mirenda, Pat. *A comparison of stimulus-stimulus pairing*,

standard echoic training, and control procedures on the vocal behavior of children with autism. *The analysis of verbal behavior*, v. 24, n. 1, p. 123-133, 2008.

Ahrens, Erin N. et al. Further evaluation of response interruption and redirection as treatment for stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 44, n. 1, p. 95-108, 2011.

Miguel, Caio F. et al. The effects of response interruption and redirection and sertraline on vocal stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 42, n. 4, p. 883-888, 2009.

Hagopian, Louis P. et al. Response interruption and differential reinforcement of alternative behavior for the treatment of pica. *Behavioral Interventions*, v. 26, n. 4, p. 309-325, 2011.

Ramachandran, V. S. O que o cérebro tem para contar: desvendando os mistérios da natureza humana. Zahar, 2014.

Frith, Uta. *Autism: A very short introduction*. Oxford University Press, 2008.

Iwata, B. A., KAHNG, S. W., Wallace, M. D., & Lindberg, J. S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. In J. Austin & Carr, J.E. (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 61-90). Reno, NV: Context Press.

Matson, Johnny L.; Vollmer, T. R. *User's guide: Questions about behavioral function (QABF)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers, 1995.

Matson, Johnny L. et al. A validity study on the questions about behavioral function (QABF) scale: Predicting treatment success for self-injury, aggression, and stereotypies. *Research in developmental disabilities*, v. 20, n. 2, p. 163-175, 1999.

Sturme, Peter. Assessing the functions of self-injurious behavior: A case of assessment failure. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 331-336, 1994.

Mahoney, Kurt; Wagenen, R.; Meyerson, Lee. Toilet training of normal and retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 4, n. 3, p. 173-181, 1971.

Isaksen, Jørn; Holth, Per. An operant approach to teaching joint attention skills to children with autism. *Behavioral Interventions*, v. 24, n. 4, p. 215-236, 2009.

Law, Mary C.; Baum, Carolyn Manville; Dunn, Winnie. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Slack Incorporated, 2005.

Smith, David (Ed.). *Social work and evidence-based practice*. Jessica Kingsley Publishers, 2004.

Leonardi, Jan Luiz. *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Mankad, Deepali et al. A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Molecular autism*, v. 6, n. 1, p. 18, 2015.

Harbour, Robin; Miller, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ: British Medical Journal*, v. 323, n. 7308, p. 334, 2001.

Davies, Philip. Revisões Sistemáticas e a Campbell Collaboration. In: Thomas, G., Thomas, G., Pring, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 31-44.

Thomas, G. Introdução: evidências e prática. In: THOMAS, G., PRING, R. (Orgs) *Educação baseada em Evidências: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 09-30.

Sampaio, Rosana Ferreira; Mancini, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

Escosteguy, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. *Arq Bras Cardiol*, v. 72, n. 2, p. 139-43, 1999.

**Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências
2020**



EDIÇÃO DE 2020

AUTISMO: COMPREENSÃO E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

PATROCÍNIO:



APOIO:



REALIZAÇÃO:



ISBN: 978-65-00-12458-3



(Anexo XVII) - Contribuição Dra. Carla Cristine Tesaro (05/10/2023)

**Ao Exmo. Sr. Diego Garcia
Deputado Federal**

Londrina, 05 de outubro de 2023.

Prezado Senhor

As políticas públicas podem colaborar para a garantia da formação e qualificação de profissionais que atuam na área da Educação Especial e Inclusiva, que visa proporcionar que haja desenvolvimento de melhores práticas metodológicas no processo de ensino e aprendizagem do público alvo desta educação, ou seja, estudantes com deficiência, para que haja qualidade na educação acadêmica dos mesmos.

Em consequência destas políticas públicas, é de nosso conhecimento o seu desempenho e esforços sem medidas para conquistas por mais inclusão a sujeitos com o Transtorno do Espectro Autista, dislexia que também se enquadram no Transtorno Específico do Desenvolvimento, bem como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Entretanto, em nossa realidade, ainda nos deparamos com muitas dificuldades a este público alvo citado e sugerimos:

- Inserção de terapias integrativas para cuidados às famílias com diagnóstico de TEA (sugestão de Vera Lúcia Duarte).
- Apesar da aprovação, pela Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei nº 507/23, que torna indeterminado o prazo de validade de laudo atestando deficiência permanente ou TEA, para o estudante ter direito, no Estado do Paraná, ao Professor de Apoio Educacional Especializado (PAEE) que atua no contexto escolar, ainda é necessário um Estudo de Caso acompanhado pelo Técnico Educacional do Núcleo Regional de Educação, equipe Técnico Pedagógica e família do estudante com TEA para disponibilizar este profissional especialista em Educação Especial para acompanhar o estudante em sala de aula, que é muito moroso e burocrático. Na própria Lei Federal já poderia contemplar este profissional em sala de aula para o estudante com TEA.
- Para pessoas adultas com TEA (de acordo com o DSM-5 Revisado, a organização do TEA é classificada por critérios A, B, C, D e E), que necessitam de suporte diário, vemos a necessidade em alternativas como a moradia assistiva, como opção de se obter dignidade e qualidade de vida.

- Proporcionar condições para que famílias de sujeitos com TEA também sejam assistidas.
- A Lei nº 14.624/23, instituiu o cordão com girassóis a pessoas com doenças ocultas e incluiu pessoas com TDAH. Para a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), TDAH e Dislexia não são doenças e nem deficiências, mas um transtorno do neurodesenvolvimento. Embora não seja uma doença, o estudante com TDAH necessita de apoio pedagógico em sala de aula, com um PAEE, por exemplo, e este direito não é garantido apesar de sua imensa dificuldade em autorregular-se.
- Nem sempre os pais conseguem medicação (metilfenidato) para seus filhos com TDAH ou DDA pelo SUS, o que dificulta, ainda mais, no processo de aprendizagem em sala de aula.
- Proporcionar formação efetiva a profissionais das áreas da saúde e educacional que atuam com estudantes público alvo da Educação Especial.
- Elaboração de projetos para que municípios, com auxílio monetário do governo, criem espaços para atendimento multidisciplinar de pessoas com deficiências.
- Criação de secretarias para que municípios atendam pessoas com deficiências.

Atenciosamente

CCTSL 

Profª Dra. Carla Cristine Tescaro Santos Lino
Contato: (43) 9 9111-6498
Londrina – PR.