

# Estratégias

**de atendimento a pessoas  
com o diagnóstico de TEA no  
ambiente hospitalar**



Julia Padovan Martiningo  
Márcio Borges Moreira

2022

**Estratégias de atendimento a pessoas com o diagnóstico de TEA no ambiente hospitalar**

Julia Padovan Martiningo

Márcio Borges Moreira

ISBN 978-85-65721-33-2

# Instituto Walden4



[www.walden4.com.br](http://www.walden4.com.br)

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Martiningo, Julia Padovan

Estratégias de atendimento a pessoas com o diagnóstico de TEA no ambiente hospitalar [livro eletrônico] / Julia Padovan Martiningo ; professor-orientador Dr. Márcio Borges Moreira. -- 1. ed. -- Brasília, DF : Instituto Walden4, 2022.

PDF.

Bibliografia.

ISBN 978-85-65721-33-2

1. Análise comportamental 2. Hospitais  
3. Intervenção (Psicologia) 4. TEA (Transtorno do Espectro Autista) 5. TEA (Transtorno do Espectro Autista) - Diagnóstico 6. TEA (Transtorno do Espectro Autista) - Tratamento  
I. Moreira, Márcio Borges. II. Título.

22-139073

CDD-155

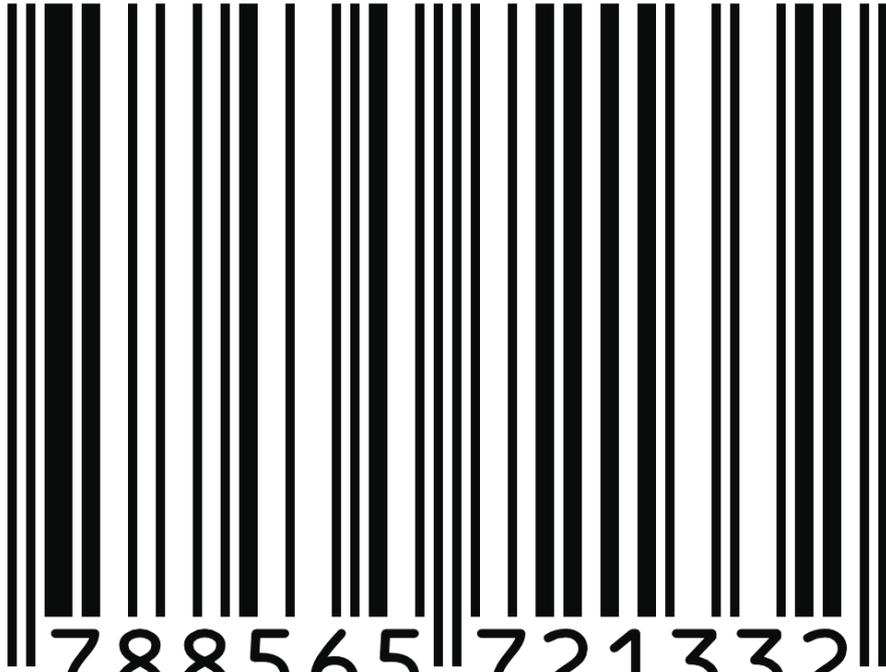
**Índices para catálogo sistemático:**

1. Autismo : Psicologia clínica 155

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

ISBN: 978-85-65721-33-2

**BR**



9 788565 721332

# **Editora do Instituto Walden4**

A Editora do Instituto Walden4 tem como objetivo divulgar conhecimento produzido sobre a Análise do Comportamento (ciência e profissão). No intuito de democratizar o acesso ao conhecimento, muitos de nossos livros são disponibilizados gratuitamente. Todos os nossos livros estão disponíveis em formato digital online. Isso significa que em apenas alguns segundos você poderá estar lendo os livros publicados por nós que lhe interessarem.

## **Conselho Editorial**

Dr. Gleidson Gabriel da Cruz

Dr. Márcio Borges Moreira

Dra. Vanessa Leal Faria

## **Contato**

[secretaria@walden4.com.br](mailto:secretaria@walden4.com.br)

@instituto.walden4

<https://www.instagram.com/instituto.walden4>

<https://www.walden4.com.br>

<https://www.facebook.com/iwalden4>

<https://www.youtube.com/user/instwalden4>



## **Valorize o trabalho das autoras e dos autores!**

Este livro, desde a sua concepção, foi desenvolvido para ser um livro distribuído, em seu formato digital, gratuitamente. No entanto, a maioria dos livros são vendidos, e a receita oriunda da venda desses livros é o “ganha-pão” de milhares de famílias de escritores, designers gráficos, diagramadores, revisores, ilustradores, diretores e de uma infinidade de profissionais envolvidos na publicação de um livro. Sempre que você puder, compre um livro original.

## Sobre os autores



**Julia Padovan Martinigo | @juliapadovan**

Psicóloga formada pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Psicóloga do Instituto Ninar, já tendo trabalhado no Centro de Intervenção Intensiva e Precoce (CIIP) com crianças no Espectro Autista entre 0 e 5 anos e no Vivências com adolescentes e adultos neurodiversos. Atualmente, trabalha no Instituto Ninar com crianças, adolescentes e adultos neurodiversos. Áreas de interesse: Transtorno do Espectro Autista.

Mídias sociais:

[LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

# MÁRCIO MOREIRA

PSICÓLOGO

@marcioborgesmoreira



## **Márcio Borges Moreira | @marcioborgesmoreira**

Doutor em Ciências do Comportamento pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Psicologia e Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Professor da graduação e do mestrado em Psicologia do Centro Universitário de Brasília (CEUB). Diretor do Instituto Walden4. Co-autor do livro *Princípios Básicos de Análise do Comportamento* (Artmed) e de outros livros, capítulos e artigos científicos com temas relacionados à Análise do Comportamento.

### **Acompanhe os trabalhos de Márcio Moreira pelas mídias sociais:**

@marcioborgesmoreira

<https://www.facebook.com/professormarciomoreira>

<https://www.instagram.com/marcioborgesmoreira>

<https://www.youtube.com/user/borgesmoreirayt>

<https://pt.slideshare.net/borgesmoreira>

<https://www.linkedin.com/in/márcio-borges-moreira-10217934>

<http://lattes.cnpq.br/4094892880820475>

## **Conheça outras obras de Márcio Moreira**

[Princípios Básicos de Análise do Comportamento. Moreira & Medeiros \(2019\)](#)

[Análise do Comportamento Aplicada \(ABA\): o reforçamento. Moreira \(2019\)](#)

[Uma história de aprendizagem operante. Moreira e de Carvalho \(2017\)](#)

["Em casa de ferreiro, espeto de pau": o ensino da Análise Experimental do Comportamento. Moreira \(2004\)](#)

[O conceito de motivação na psicologia. Todorov e Moreira \(2005\)](#)

[Algumas considerações sobre o responder relacional. Moreira, Todorov e Nalini \(2006\)](#)

[Psicologia, comportamento, processos e interações. Todorov e Moreira \(2009\)](#)

[Comportamento supersticioso: implicações para o estudo do comportamento operante. Moreira \(2009\)](#)

[Emergência de classes de equivalência após separação e recombinação dos estímulos compostos utilizados no treino. Moreira e Hanna \(2014\)](#)

[Arranjo de estímulos em treino discriminativo simples com compostos e emergência de classes de estímulos equivalentes. Moreira, Oliveira e Hanna \(2017\)](#)

[Efeitos da marcação de elementos de conjuntos sobre a contagem em tarefas de discriminação condicional. Bandeira, Faria e Moreira \(2020\)](#)

# Sumário

Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Implicações para além da criança com TEA	3
TEA no ambiente hospitalar	4
Formação e treinamento para profissionais	5
Desafios para o atendimento ao autista no ambiente hospitalar	5
Estratégias para os desafios ao atendimento de pessoas com TEA no hospital	11
Pesquisas na área	12
Práticas baseadas em evidências	21
Manuais didáticos	22
Dificuldades encontradas pelas autoras	23
Sugestões para pesquisas futuras	24
Análise crítica	25
Justificativa, objetivo e procedimento utilizado na elaboração deste livro	27
Seleção do artigo de revisão sistemática ou metanálise	27
Seleção dos artigos dentro da revisão sistemática	27
Extração das informações	27
Tradução das informações	28
Elaboração do texto didático	29
Referência 1. Crianças com deficiências de desenvolvimento em um hospital pediátrico: educação da equipe para prevenir e gerenciar comportamentos desafiadores	32
Dados do participante	32
Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração	32
Objetivo da pesquisa	32
Objetivo da intervenção	32
Nomes dos procedimentos de ensino utilizados	32
Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).	33
Descrição da intervenção	33
Resultados	33
Referência 2. Reduzindo as barreiras ao cuidado no ambiente de saúde para crianças com autismo.	36

Dados do participante	36
Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração	36
Objetivo da pesquisa	37
Objetivo da intervenção	37
Nomes dos procedimentos de ensino utilizados	37
Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).	37
Descrição da intervenção	37
Resultados	38
Referência 3. Treinamento baseado em evidências para melhorar as habilidades de gerenciamento de comportamento infantil dos enfermeiros psiquiátricos.	41
Dados do participante	41
Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração	41
Objetivo da pesquisa	41
Objetivo da intervenção	41
Nomes dos procedimentos de ensino utilizados	42
Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).	42
Descrição da intervenção	44
Resultados	45
Referência 4. Compreendendo e cuidando das crianças com a Síndrome de Asperger.	47
Dados do participante	47
Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração	47
Objetivo da pesquisa	47
Objetivo da intervenção	48
Nomes dos procedimentos de ensino utilizados	48
Descrição da intervenção	48
Resultados	51
Referência 5: Cuidando da criança com transtorno do espectro autista no cenário de cuidados agudos.	53
Dados do participante	53
Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração	53
Objetivo da pesquisa	53
Objetivo da intervenção	53
Nomes dos procedimentos de ensino utilizados	53
Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).	55
Descrição da intervenção	55

Resultados	60
Referência 6. Usando agendas de fotos em ambientes médicos para pacientes com transtorno do espectro do autismo.	62
Dados do participante	62
Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração	62
Objetivo da pesquisa	62
Objetivo da intervenção	62
Nomes dos procedimentos de ensino utilizados	63
Descrição da intervenção	63
Resultados	64
Referência 7. Autismo: desenvolvendo uma estratégia de enfermagem para prevenir a discriminação.	66
Ressalva	66
Descrição	66
Referência 8 (BÔNUS). Dexmedetomida para sedação processual em crianças com autismo e outros transtornos de comportamento.	71
Ressalva	71
Dados do participante	71
Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração	71
Objetivo da pesquisa	71
Objetivo da intervenção	71
Nomes dos procedimentos de ensino utilizados	72
Descrição da intervenção	72
Resultados	72
Discussão	74
Resumo das estratégias	74
Divulgação de conhecimento científico e elaboração de manuais técnicos	75
Obstáculos encontrados durante a produção do texto	75
Próximas pesquisas	76
Considerações finais	76
Referências bibliográficas	77

# Resumo

O ambiente hospitalar é um local com muitos possíveis obstáculos para a pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e tornou-se objeto de estudo por vários autores, pois caracteriza-se por uma questão aversiva para muitos dos envolvidos no processo de hospitalização. Inúmeros artigos científicos em língua inglesa trazem intervenções que podem aumentar o nível de bem-estar dessas pessoas, porém a quantidade de estudos em português é muito menor e a linguagem utilizada nas pesquisas, dificulta a reprodução destes estudos por profissionais com conhecimento básico da análise de comportamento. Portanto, os objetivos do presente trabalho foram: (a) identificar as informações básicas com base na literatura científica disponível sobre intervenções com pessoas com o diagnóstico de autismo no hospital, (b) produzir um conteúdo de forma didática que poderá ser utilizado em trabalhos futuros como base para um possível manual. Para isso foi realizado o levantamento de revisões sistemáticas ou metanálises para análise e seleção de pesquisas que apresentem estratégias para lidar com o TEA no ambiente hospitalar. Após a leitura desses artigos foram elaboradas descrições breves, selecionando os tipos de intervenções, os procedimentos para aplicação das mesmas e apresentação dos resultados obtidos.

**Palavras-chave:** autismo; hospital; prática baseada em evidências; intervenções comportamentais; análise do comportamento aplicada (ABA).

## Abstract

The hospital environment is a place with many possible obstacles for the person with Autistic Spectrum Disorder (ASD) and has become the object of study by several authors, as it is characterized by an aversive issue for many of those involved in the hospitalization process. Numerous scientific articles in English bring interventions that can increase the level of well-being of those people, but the number of studies in Portuguese is much smaller and the language used in research makes it difficult to reproduce these studies by professionals with basic knowledge of analysis of behavior. Therefore, the objective of the present work were: (a) to identify the basic information based on the available scientific literature on interventions with people diagnosed with autism in the hospital, (b) to produce content in a didactic way that can be used in future works as a basis for a possible manual. For this, a survey of systematic reviews or meta-analysis was carried out for the analysis and selection of studies that present strategies to deal with ASD in the hospital environment, the procedures for their application and presentation of the results obtained.

**Key-words:** autism; hospital; evidence-based practice; behavioral interventions; applied behavior analysis (ABA)

# Introdução

## Autismo: definição

O Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - 5ª edição (APA, 2014) explica que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado pelo comprometimento severo e invasivo em algumas áreas do desenvolvimento, são elas as habilidade de interação social recíproca e nos comportamentos não verbais usados para tal, habilidades de comunicação, habilidades de reciprocidade sócio emocional, dificuldade para desenvolver, manter e compreender relacionamentos e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas.

Segundo Guimarães et. al. (2018), o TEA é considerado um transtorno do desenvolvimento, tendo como uma grande característica a presença de comportamentos inadequados, que podem influenciar a vida da pessoa diagnosticada com autismo, e se tornarem obstáculos tanto para os processos de ensino-aprendizagem quanto para os de integração social dessas pessoas.

Agora em relação a um segundo artigo, Barboza et al. (2015) comentam sobre algumas dificuldades do transtorno, como déficits de interação e comunicação social, compartilhar interesses e formar vínculos. Além disso, menciona as diferentes manifestações do transtorno, que podem variar de acordo com o grau do autismo (leve, moderado e severo).

Também, possuem dificuldades para se adequar a novas rotinas, apresentando comportamentos estereotipados e/ou interesses restritos, havendo a possibilidade de comportamentos auto e hetero lesivos. Ademais, pessoas diagnosticadas com TEA, frequentemente, possuem dificuldades para se ajustarem a mudanças súbitas, apresentando altos níveis de ansiedade e sensibilidade sensorial (Landim e Moreira, 2021 & Kopecky, Brother-Finger, Iaanuzzi & Connors, 2013).

## Implicações para além da criança com TEA

O TEA é um transtorno que envolve automaticamente os cuidadores, sendo assim, uma problemática para qualidade de vida dos mesmos, que, muitas vezes, se dedicam à criança por muito tempo, precisando deixar de lado suas necessidades, vontades e compromissos (Masuchi & Rocha, 2012). Estas demandas têm relação direta com o nível de autismo. Isto é, quanto maior a demanda de cuidados, maior a necessidade do cuidador; consequentemente, maior o sofrimento e complicações na saúde desse cuidador (Landim e Moreira, 2021).

Os estudos realizados por Vasilopoulou e Nisbet (2016), mostram que tanto a saúde mental quanto a física dos cuidadores são impactadas pelo transtorno da criança. Além disso, estes também apresentam um menor nível de qualidade de vida, funcionamento social e satisfação

com o ambiente quando comparados com pais de crianças neurotípicas e com a população geral.

Também é visto que os níveis de sobrecarga física e mental, e estresse familiar de pessoas com TEA é alto. Isso ocorre devido a grande demanda de tempo e atenção que essas crianças necessitam. Na rotina surgem queixas de dificuldades de comunicação, autocuidado, agitação e irritação, mas também comportamentos inadequados como: bater as mãos, cheirar e colocar a boca em objetos, olhar fixamente para os dedos e balançar, comportamentos agressivos, entre outros. Estas dificuldades podem aumentar a frequência dentro de hospitais e internações, concomitantemente aumentando os níveis de sobrecarga e estresse dos cuidadores (Faro et al., 2019; Fávero & dos Santos, 2005).

Durante a hospitalização, os pais costumam sempre reforçar os comportamentos da criança para evitar comportamentos não aceitos socialmente, como os citados acima. As mães são as primeiras cuidadoras e as que mais são impactadas, com maiores níveis de sofrimento. A saúde mental delas são colocadas em risco constante, entretanto, é importante priorizar essa questão, pois os profissionais da saúde, muitas vezes, apresentam dificuldades para lidar com a criança e acabam contando com o suporte da família para essa tarefa (Herring et al., 2006, Phetrasuwan & Miles, 2009; Woodgate et al., 2008,).

## **TEA no ambiente hospitalar**

É de conhecimento comum que o ambiente hospitalar não é um local muito agradável, que tanto seus pacientes quanto seus funcionários podem ter níveis altos de estresse. Para pessoas autistas, isso não é diferente. Na verdade, pode ser mais estressante devido alguns fatores comuns nesse grupo, como a dificuldade de se comunicar e os desejos da criança por atenção, tempo sozinha ou por algum item, como comida (Matson, Sipes, Horovitz & Worley, 2011).

É visto em pesquisas que crianças atípicas têm maior probabilidade de ser hospitalizadas do que crianças típicas, tendo maiores períodos de estadia e maiores custos (Lokhandwala, Khanna, & West-Strum, 2012). A hospitalização de pessoas autistas podem motivar comportamentos desafiadores, tais como: ansiedade, problemas de conduta de comportamento, agressividade, destruição de propriedade, bater, chutar, morder, arranhar e jogar objetos (Helling et al., 2005; Matson, 2009).

Sendo assim, os comportamentos inadequados podem surgir em maior frequência dentro dos hospitais, pois estes servem como uma maneira da criança comunicar suas vontades e necessidades. Além disso, como já citado, pessoas diagnosticados com TEA, comumente, apresentam dificuldades para se adaptarem a novas rotinas, portanto, os comportamentos inadequados se tornam a maneira mais próxima da criança, para que a mesma possa expressar seu incômodo com sua rotina sendo interrompida (Matson, 2009).

Além de ser um momento de muito estresse para as pessoas autistas que estão no hospital, também possuem grande impacto nos ciclos ao seu redor, como: pais, familiares e funcioná-

rios do hospital. Os pais costumam comunicar uma vergonha e estigmatização dos comportamentos de seus filhos, também preferindo realizar os desejos da criança para evitar a desregulação emocional (Gray, 2002 & Woodgate et. al., 2008).

O cuidado centrado na família é de extrema relevância ao planejar intervenções para essas crianças internadas, onde os profissionais contam com a colaboração da família com objetivo de encontrar o melhor planejamento de cuidado com essa pessoa. Isto porque, os pais e responsáveis são os que melhor conhecem essa criança, sabem interesses, gostos, e até, os possíveis gatilhos para comportamentos inadequados. Sendo possível assim, comunicar a equipe responsável pelos cuidados dessa criança, facilitando esse tratamento para todos os envolvidos (Carbone, Behl, Azor & Murphy, 2010).

## **Formação e treinamento para profissionais**

Outro ponto relevante é a dificuldade dos profissionais da saúde, não especializados na área do TEA, para lidarem com os comportamentos inadequados que podem surgir dentro do hospital. Este pode ser um limite na hora do atendimento dessas pessoas, já que os mesmos não possuíam, na sua jornada, oportunidade para obter conhecimento suficiente em tal área, dificultando assim, ações de planejamento de intervenção em situações adversas, como ao se depararem com comportamentos inadequados de pessoas autistas. Também requerem um nível significativo de funcionários durante a hospitalização, o que traz prejuízos para criança, sua família e equipe (Kopecky et. al., 2013; Scarpinato et.al., 2010).

Além da dificuldade das pessoas com TEA de generalizarem as habilidades que usam com pessoas do seu cotidiano para pessoas novas entrando na sua vida, no caso, a equipe do hospital. Esse tópico também envolve os profissionais com pouca experiência na área, que podem não conseguir prever os antecedentes que surgem antes do comportamento inadequado ou ao menos planejar estratégias de comunicação para esse público. Ademais, há o alto custo para o hospital já que, muitas vezes, há uma maior estadia, como também, para família, que precisa investir um valor considerável para esses tratamentos (Kopecky et. al., 2013; Scarpinato et.al., 2010).

## **Desafios para o atendimento ao autista no ambiente hospitalar**

O estudo qualitativo realizado por Muskat et al. (2015) teve como objetivo realizar um levantamento de ideias que possam contribuir para prática clínica com autistas. Os autores selecionaram famílias com crianças entre 6 e 18 anos, com diagnóstico de TEA, hospitalizadas nos últimos 3 meses em um hospital do Canadá. No total foram 42 participantes, contando com 6 adolescentes com TEA, 22 pais, mães ou padrastos/madrastas, e 14 funcionários da equipe, incluindo enfermeiras, médicos, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada com perguntas abertas, podendo colher descrições ricas das experiências. Essas tiveram questões com foco em: entrada no hospital, visitas ou

tempo de hospitalização, desligamento do hospital e, perguntas de sugestões de como o hospital poderia melhorar a experiência para pessoas com TEA. Além de questionários demográficos e Social Responsiveness Scale (SRS; Constantino e Gruber, 2005) com 65 questões, para obterem uma maior compreensão sobre os sintomas e seus níveis, identificar a presença ou a extensão do comprometimento social (Muskat et al., 2015).

Encontraram como resultados vários desafios do hospital para lidarem com pessoas com autismo, como:

Comunicação: Os jovens com autismo comentam a dificuldade de entender a linguagem e de se expressarem, podendo ser um fator que complique a experiência no hospital. Os pais comentam sobre as dificuldades dos filhos para se comunicarem em um contexto de alto estresse no hospital, além de pontuarem a necessidade da equipe ser clara nas perguntas e informações, pois eles, normalmente, entendem de forma literal, não conseguindo responder às perguntas de forma adequada. Também apontam a dificuldade de pessoas com TEA para comunicarem sua dor, sendo mais difícil compreender a natureza, localização e nível dessas dores.

Processamento sensorial: Os participantes expressaram dificuldades com experiências sensoriais, tais como: toque, sons, texturas, cheiros e visão. Relataram que o hospital é um local onde se utilizam muitos recursos sensoriais, principalmente o toque, o que pode tornar um ambiente muito difícil para alguns pacientes.

Trabalho com a equipe de saúde: Os pais citaram o fato de terem muitos funcionários da equipe ao mesmo tempo no quarto de seus filhos. Comentam que a presença de muitos funcionários pode ser entendida de várias formas pela criança, como avassaladora ou como um sinal de que um procedimento pode ser iminente, causando possíveis estresses nesse paciente. Esses familiares reconhecem que às consultas da equipe de saúde são grandes oportunidades de aprendizagem para a formação de outros profissionais de saúde, no entanto, percebem um potencial de impacto negativo para a criança ao terem muitas pessoas no quarto.

Espera/transição dentro do hospital: Muitos pais se queixam da espera e troca de ambientes realizados com suas crianças. Apontam essa questão como estressora, já que um dos sintomas comuns do autismo é a dificuldade para lidar com a espera e com mudanças.

(In)flexibilidade: Os participantes descreveram aspectos positivos e negativos em relação a experiências de flexibilidade. As positivas foram colocadas quando eram realizadas acomodações apropriadas e/ou reconhecimento da necessidade de modificar procedimentos e fornecer tempo adicional para procedimentos específicos. Por exemplo, um pai que contou quando os profissionais de saúde eram flexíveis com seu filho, o permitindo trazer um grande conjunto de dispositivos para o hospital. Já as experiências negativas foram relacionadas à inflexibilidade da equipe, bem como a rigidez do hospital.

É visto na pesquisa de Siegel et al. (2012), que a combinação de uma população em expansão e uma alta prevalência de doenças mentais se direcionam para a possibilidade de um grande

número de crianças com transtornos do desenvolvimento precisem de tratamento psiquiátrico ou até mesmo internação hospitalar. É comentado sobre o estudo de Croen et al. (2006) com mais de 33.000 crianças matriculadas no plano de saúde da California Kaiser Permanente, onde às crianças atípicas utilizaram 11,9 vezes mais dias de hospitais psiquiátricos do que crianças típicas, além de se comprometem com um custo de 12,4 vezes maior. Liptak et al. (2006), aponta que, nos Estados Unidos, a média anual de gastos para os cuidados de saúde voltados às crianças com TEA é de US \$6.132, enquanto para crianças sem TEA é em média US \$860 (Siegel et al., 2012).

Ainda nesse aspecto, outro estudo com 33.000 crianças, entre 2 e 18 anos, apontou a proporção 6.6 para admissões psiquiátricas de pessoas com TEA, comparado a pessoas sem o diagnóstico. Além de observar que, crianças com TEA procuram hospitais 11,9 vezes mais do que as crianças típicas, indicando também, que pessoas autistas permanecem um tempo maior de internação (Siegel et al., 2014).

Uma pesquisa sobre programas psiquiátricos para pacientes com TEA foi realizada nos Estados Unidos, onde encontraram apenas nove internações especializadas na área. Posteriormente, em um estudo com duração de 12 meses, foi apontado que, o tempo de permanência em programas como esses foi em média 42,3 dias, atendendo pacientes com idades entre 4 e 21 ano, obtendo a idade média de 12,72, onde 62,5 - 87,5% possuíam o diagnóstico de autismo. Para este, as queixas mais comuns e com maiores níveis eram: agressividade e auto-lesão (Gabriels et al., 2012). Sendo que, uma revisão sistemática aponta que a prevalência de comportamentos desafiadores entre pessoas com TEA varia consideravelmente entre os estudos, mostrando números de 2.74 a 26% (Girardi et al., 2019).

Autores realizaram pesquisas em cima das taxas de internação de crianças diagnosticadas com TEA em hospitais psiquiátricos. Entre às 760 crianças atípicas, entre 5 e 21 anos, os fatores mais presentes que levam a internações psiquiátricas, foram: comportamentos agressivos com 4.83% de probabilidade, vindo de uma casa de pais solteiros com ocorrência de 2.54%, depressão com 2.48%, 2.35% de chances devido transtorno obsessivo compulsivo, e, 2.14% por comportamentos autolesivos. Sendo que o risco de hospitalização aumenta ao longo do tempo e com a idade do paciente (Siegel et al., 2014).

Outro estudo nos Estados Unidos, apontou que 13% das crianças com TEA que procuram emergência, estavam lá devido problemas de saúde mental, comparativamente, apenas 2% das crianças sem TEA vão ao pronto-socorro a partir desta queixa. Além disso, estudos apontam que os cuidadores, normalmente, possuem um nível socioeconômico e escolaridade mais baixa do que aqueles cujo os filhos não passaram por hospitalização (Siegel et al., 2014).

Seguindo este raciocínio, Kato et al. (2012) apontam que as taxas de tentativas de suicídio em pessoas com transtornos de desenvolvimento são altas, onde, 12 de 94, ou seja 12.8% de adolescentes internados devido tentativas suicidas tinham algum transtorno do desenvolvi-

mento. Os autores apresentaram uma pesquisa, onde 15% de 42 respostas de adolescentes tentaram suicídio. Já em outra pesquisa com pacientes diagnosticados com TEA, apontou que 2 de 26 pessoas (7.7%) cometeram suicídio, 1 (3.8%) tentaram suicídio duas vezes e (3.8%) se auto mutilaram, cortando rostos e dedos. Isto é, há um alto risco de suicídio entre autistas, sendo assim, mais um fator de hospitalização.

Um outro fator comportamental tem relação com a dificuldade de pessoas com TEA para processarem estímulos sensoriais, podendo ser tanto super quanto sub responsivo a estes. Sendo que, uma hospitalização médica aguda pode aumentar ainda mais o processamento das dificuldades sensoriais. Os ambientes hospitalares são ambientes com muitos sons estranhos, pessoas desconhecidas e experiências de toques. Nesse sentido, o artigo cita uma pesquisa realizada por Kopecky et al., onde 80 pais de crianças com TEA que foram hospitalizados recentemente, foram entrevistados. Apresentando ruídos altos (39%), experiências de toque (25%) e sensibilidades alimentares (15%) como os desafios sensoriais mais comuns (Sakai et al., 2014).

Diante a literatura colhida na revisão bibliográfica de Johnson e Rodriguez (2013), surgiram quatro categorias de comportamentos das crianças com TEA no ambiente hospitalar, sendo elas: não conformidade, hiperatividade, defesa sensorial e auto lesão.

Não conformidade: Crianças com TEA apresentaram dificuldades com cooperação nos estabelecimentos de saúde e hospitais. E, embora não seja intencional, essa não conformidade traz como resultado a baixa adesão às solicitações dos profissionais de saúde. Como nas pesquisas de Lalwani, Kitchin & Lax (2007) e Lowe et al. (2007), onde encontraram níveis baixos de cooperação/conformidade durante procedimentos odontológicos.

Ainda se estendendo a explosões emocionais, temperamento de birras ou explosões comportamentais quando às crianças com TEA são solicitadas a cumprir instruções relacionadas com seus cuidados de saúde e cuidados hospitalares (Browne, 2006; Lowe et al. 2007; Searcy, 2001; Thorne, 2007). Essas crianças já são propensas a agitação, podendo chutar, gritar e rolar no chão e o incumprimento é geralmente devido a alta ansiedade nas pessoas com TEA. A possibilidade de identificar os medos, ansiedades e antecedentes dos comportamentos desafiadores podem facilitar experiências mais positivas nos cuidados da saúde.

Hiperatividade: Nove artigos descreveram crianças com TEA como hiperativas e impulsivas (Blackwell e Niederhauser, 2003; Bultas, 2012; Carbone, Farley et al., 2010; Golnik e Macca- bee-Ryaboy, 2010; Lowe et al., 2007; Marshall, 2002; Raposa, 2009; Shellenbarger, 2004; Valente, 2004).

Defesa sensorial: Esta é a aversão da criança a certos elementos do ambiente, como sons, texturas e odores. Uma criança com TEA pode fugir da sala quando seus sentidos estão sobrecarregados. Debbaudt (2009) observou que crianças com TEA costumam se afastar de cuidados básicos e do toque. Esta questão sensorial pode ser o antecedente ao descumprimento da criança, por isso, é muito relevante. Além disso, crianças com sensibilidade sensorial que são

superestimulados ou sub estimuladas podem encontrar alívio com a auto-estimulação, que podem incluir comportamentos como: torcer as mãos, bater os braços, piscar olhos, fazer barulhos, morder objetos e fazer movimentos repetitivos. Portanto, esses comportamentos auto-estimulantes possuem uma função de auto-regulação para a criança, a ajudando a se acalmar (Beard-Pfeuffer, 2008).

Auto lesão: Foi observado que crianças com TEA costumam se auto lesionar, possuindo comportamentos como: se beliscar, bater a cabeça, se morder, vômitos auto-induzidos, lesões na cabeça, rosto e pescoço, e, envenenamentos (Lowe et al., 2007; Raposa, 2009; McDermott et. al., 2008).



aprendizagem

# AUTISMO TEA ABA

Profissionais capacitados e experientes. Venha conhecer nossos serviços.

Instituto Walden4 - ABA & TEA

[Clique aqui para conhecer mais](#)

## **Estratégias para os desafios ao atendimento de pessoas com TEA no hospital**

Estratégias para não conformidade: é recomendado que se utilize uma linguagem calma e concreta, evitando sarcasmos ou provocações (Debbaudt, 2009). A comunicação com fotos ou uma programação visual também pode ser eficaz (Chebuhar, McCarthy, Bosh e Baker, 2012). Os profissionais da saúde precisam ser pacientes, reduzir o número de comando e usar elogios, ou seja, reforço positivo (Tucker et al., 2008). Outras recomendações para diminuir a estimulação incluem: fechar às portas para limitar o ruído, usando placas de “não perturbe”, envolvendo os pais sempre que possível (Scarpinato et al., 2010; Shellenbarger, 2004).

É necessário usar uma sala de tratamento silenciosa, removendo equipamentos desnecessários e mantendo os estímulos ambientais no mínimo, também podendo proporcionar fones de ouvido, que podem ajudar a diminuir o ruído e facilitar a tolerância da estimulação tátil (Sounders et al., 2002; Thorner, 2007; Tagon et al., 2006). Um segundo fator precipitante é a dor, que pode ser avaliada com as escalas de dor, em imagens e, precisa ser tratada para evitar explosões (Golnik & Maccabee-Ryaboy, 2010).

Terceiro, às crianças com TEA podem se envolver em atividades obsessivas e rotinas, tendo dificuldade em quebrá-los, pois é algo que os trazem conforto e não devem ser interrompidos. Nesse sentido, os profissionais do hospital podem ser solicitados a realizar um comportamento ritualístico, por exemplo, a conclusão de uma tarefa ou uma saudação específica. Caso isso não seja cumprido, a criança pode ficar agitada e até levar a uma explosão. (Browne, 2006; Galinat et al., 2008; Scarpinato et al. 2010).

Estratégias para hiperatividade: duas estratégias foram identificadas na revisão de literatura, sendo elas: 1. Planejamento para atividade física, como saídas para o estresse e ansiedade (Marshall, 2002), e, 2. Tratar sintomas com farmacológicos, como estimulantes, que podem trazer efeitos colaterais e podem não ser eficaz (Golnik & Maccabee-Ryaboy, 2010).

Estratégias para comportamentos de defesa sensorial: é importante lembrar que os profissionais da saúde não devem interromper comportamentos auto-estimulatórios, pois estes servem para diminuição da ansiedade (Browne, 2006; 2008; Scarpinato et al. 2010). Raposa (2009), recomenda que um cuidador consistente esteja presente durante os procedimentos médicos, com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade. Tagon et al. (2006), também recomendam um cuidador ou especialista em vida infantil para reduzir a ansiedade e proporcionar distração.

Além disso, planejar com antecedência a partir do que os pais passam sobre a comunicação da criança, como habilidades sociais, sensoriais e comportamentais; estratégias bem-sucedidas de conformidade e os pontos fortes da criança são recomendados (Blake, 2010; Sounders et al., 2002). Saber o que esperar pode reduzir a ansiedade da criança, por exemplo: às expec-

tativas passo a passo escritas no formato de uma história social usando cenários roteirizados pode ajudar a reduzir a ansiedade e, assim, ajudar que a criança coopere e complete procedimentos (Blackwell & Niederhauser, 2003; Thorne, 2007). O melhor é dar estes para os pais usarem alguns dias antes do evento para ajudar a preparar a criança.

As birras que ocorrem em momentos de transição podem ser minimizadas com um sistema de dicas visuais e *prompts* para a criança. A preparação inclui avisar a criança que vai acontecer uma mudança com o uso de cartões de agora/depois ou o que os pais utilizarem para avisar a criança que acontecerá uma mudança na atividade (Chebuhar et al., 2012; Gardner, 2001; Shellenbarger, 2004; Valente, 2004). As crianças podem ser preparadas para mudanças com dicas em uma programação visual, como: imagens ou palavras mostrando sinais vitais, horários das refeições e outras atividades (Chebuhar et al., 2012; Thorne, 2007).

Além disso, os profissionais devem sempre tentar comunicar a criança com TEA e/ou os pais, perguntando se é tudo bem tocá-la, e/ou dando às escolhas da criança (THORNE, 2007). Por exemplo, podem perguntar o que a criança prefere que seja feito primeiro, ouvir o coração ou a barriga. Todas essas ações melhoram a capacidade da criança de se comunicar, tomar decisões e assim, ter algum grau de controle, que também diminui a ansiedade (Scarpinato et al., 2010).

O uso de contenção, sedação e anestesia geral podem auxiliar em alguns procedimentos odontológicos, radiologia e eletro-procedimentos, mas o uso dessas tecnologias adiciona despesas e danos potenciais às crianças, o que precisa ser considerado. Para algumas crianças pode ser mais segura sedar, enquanto outras podem cooperar se devidamente preparadas. A decisão de usar essas tecnologias é, muitas vezes, algo que precisa ser trabalhado com os pais, a criança e o médico (Loo et al., 2009; Lowe et al., 2007; Lubisch, Proskos & Berkenbosch, 2009; Tagon et al., 2006).

Estratégias para a auto-lesão: a autolesão pode ser o resultado da dificuldade da criança de comunicar a dor física (Inglese, 2009; Raposa, 2009; Scarpinato et al., 2010; Sied et al., 1997) ou por não entender expectativas (Blackwell & Niederhauser, 2003). Esta pode ser diminuída com métodos de comunicação comprovados, que incluem: pausar depois de perguntas para dar o tempo da criança processar informações (Browne, 2006; Debbaudt, 2009). A paciência e a espera podem ser difíceis, mas são eficazes.

## **Pesquisas na área**

Como visto anteriormente, os desafios têm sido estudados cientificamente, colocando em pauta tanto os desafios como possíveis intervenções e estratégias. Como, por exemplo, na revisão literária realizada por Johnson e Rodriguez (2013) que a hospitalização de crianças com TEA pode provocar comportamentos desafiadores, podendo estressar seus cuidadores, familiares e funcionários. E, muitas vezes, esses comportamentos surgem a partir da dificuldade de ser compreendido, por isso, algumas das estratégias vistas foram: Social Stories (Gray,

1994), que serve para colocar os procedimentos em passos, facilitando a entendimento social, podendo assim, melhorar os comportamentos.

Como também, Autism Speaks (2012), que foi criada por um organização de advocacia para ajudar dentro dos hospitais, esse em questão apresenta estratégias que podem ser usadas quando forem preparar a criança para tirar sangue. Entretanto, o acesso a esses recursos podem ser limitados pela falta de conhecimento da existência ou localização deles. Outra estratégia muito utilizada por pais é a tecnologia, que pode vir a partir de aplicativos ou sites de comunicação ou comunicação alternativa (como Picture Exchange Communication System - Scarpinato et al., 2010). Estas permitem que as crianças tenham vozes para serem escutadas e compreendidas.

A pesquisa realizada por Sanders et al (2020) teve como participantes 36 crianças diagnosticadas com autismo hospitalizadas em um hospital universitário, tendo como objetivo de testar a viabilidade, aceitação e potencial benefício preliminar de uma breve análise de comportamento aplicada para avaliar e melhorar o comportamento desafiador durante a hospitalização.

Os pesquisadores tiveram três hipóteses iniciais: 1. A implementação do modelo seria prontamente realizado e amplamente aceito como implantado em ambos hospitais de internação e psiquiátrico. 2. As crianças recebendo intervenção mostrariam menos comportamentos desafiadores comparados com o grupo controle. 3. As crianças recebendo intervenção mostrariam mais curtas e mais baratas hospitalizações comparadas com o controle.

O estudo teve início com uma solicitação de consulta dos serviços psiquiátricos afirmando a presença de aspectos que causavam preocupação e questionamentos se iriam aumentar substancialmente a hospitalização além do tratamento típico, estas estavam relacionadas a agressões, automutilação, destruição de bens e/ou fuga. Foi realizada uma análise funcional para as crianças no grupo de intervenção, utilizando os resultados para produzir de forma individual o reforço diferencial baseado no protocolo de intervenção. Já que esse pode ser um processo demorado, também foi realizada uma análise funcional baseada em latência (LBFA) para identificar os reforçadores mantendo os comportamentos de interesse dos participantes; essas análises durariam apenas 2 a 4 horas.

Este tipo de análise permite uma comparação da latência para o início do comportamento alvo durante as condições de teste apresentadas alternadamente. Uma condição de controle também está incluída na qual acesso não contingente é fornecido para todas as hipóteses reforçadoras. Quando um padrão de diferenciação em relação a ocorrência do comportamento-alvo é consistentemente observada entre aplicações das mesmas condições em comparação a ocorrência do comportamento-alvo na condição controle, então os dados do LBFA suportam essa função específica. Ao identificar contextos desafiadores e reforçadores funcionais durante uma hospitalização, permite que o terapeuta projete sistemas de reforço diferencial que irá substituir ou suprimir o comportamento desafiador. Essas avaliações foram feitas por dois ou mais membros da equipe de pesquisa (Sanders et al., 2020).

Ao concluir o LBFA, foram vistas várias funções comportamentais diferentes entre os participantes, o que indica que uma função comportamental não foi claramente indicada. Com isso, os analistas do comportamento selecionaram estratégias variadas para a implantação do tratamento, isto é, nos dez casos, onde uma estratégia primária clara, foi obtida do LBFA, a implantação primária era treinamento em comunicação funcional (FCT) 70%, rotina de trabalho 20% e sistema de automonitoramento para comportamento seguro 10%.

Dentro da FCT, é apresentado à criança, com prática repetida, ensaios em que as condições antecedentes evocaram comportamento problema durante o LBFA e, em seguida, a criança solicita o reforçador identificado através do LBFA (por exemplo: “brinquedos, por favor”). A modelagem e a orientação podem ser usadas para ensinar a resposta comunicativa funcional. Em média, cada participante do grupo de intervenção recebeu 17,5 horas de tratamento durante a hospitalização (1,38 horas por dia).

Em relação ao funcionamento clínico, o desfecho co-primário foi a lista de verificação de comportamento aberrante (ABC; Aman, Singh, Stewart & Field, 1985), que é um instrumento validado para medir a presença de comportamento desafiador clinicamente significativo. Este contém 58 itens classificados em cinco subescalas. Foi solicitado aos pais que preenchessem o ABC na admissão, alta e em um período de 3 meses (follow-up). O médico assistente do serviço psiquiátrico também preencheu o Clinical Global Impression Scales of severity (CGI-S) na linha de base, alta e melhor, e, o CGI-I apenas na alta (Guy, 1976). As duas escolas são escalas Likert de sete pontos. O ABC e CGI-I/S são as ferramentas mais utilizadas em ensaios farmacológicos para avaliar o comportamento desafiador no TEA.

Os pesquisadores extraíram o tempo de permanência, permanência após liberação e características da permanência da central de prontuário eletrônico (EMR). Uma auditoria financeira também foi realizada para avaliar os custos gerais de hospitalização. Além disso, quantificaram a readmissão via EMR 3 meses após a alta, também consultando os pais sobre admissões a outras instalações. Ademais, o atendimento primário, pais e equipe de apoio de enfermagem preencheram às pesquisas sobre as percepções do cuidado.

Sendo assim, tiveram como resultados finais: a. Famílias e funcionários que completaram os procedimentos médicos recomendaram a intervenção; b. Crianças que receberam a intervenção demonstraram melhora significativa ; c. Os médicos indicaram um efeito positivo da intervenção sobre os níveis da equipe e restrições; d. Foi reportado satisfação e benefício da intervenção. Entretanto, a avaliação do potencial benefício clínico não demonstrou diferença em nenhum dos resultados clínicos hipotetizados inicialmente.

Já o estudo de Righi et al (2017) teve como objetivo determinar características que podem identificar crianças e adolescentes com TEA em maior risco de hospitalização psiquiátrica. Onde eles selecionaram preditores de hospitalização a partir de três categorias de fatores derivados de acordo com o Modelo Comportamental de Uso de Serviços de Saúde de Anders (Anderson, 1995): fatores predisponentes ( formulários demográficos: raça, etnia e presença

de deficiência intelectual - DI; avaliação direta: funcionamento adaptativo foi medido pelo VABS-II, gravidade do autismo e gravidade calibradas pelo ADOS-2, gravidade de sintomas de Afeto Social e gravidade de Restrição e Comportamentos Repetitivos), fatores facilitadores e variáveis de necessidade.

Devido a falta de avaliações diretas de linguagem disponíveis nos registros e a grande heterogeneidade de habilidades verbais observada entre os participantes, o estado verbal foi codificado de maneira conservadora como uma variável dicotômica para que seja possível diferenciar os participantes não verbais daqueles com pelo menos alguma fala funcional. Considerando que todos os participantes tinham pelo menos 4 anos de idades, eles foram categorizados como não-verbais caso eles obtiverem pontuação igual ou superior a 3 no item A1 no Módulo 1 do ADOS-2, isto é, indicando o uso de menos de 5 palavras durante a avaliação ADOS-2 (Bal et al, 2016).

Os fatores facilitadores foram extraídos do formulários demográficos e incluíram: renda familiar total, estado civil do cuidador principal e as condições de vida atuais. Os fatores de necessidade incluíram problemas psiquiátricos e médicos, onde o primeiro foi extraído do R-CART ou do histórico do participante da AIC. Estes foram codificados em categorias: número total de diagnósticos psiquiátricos, diagnóstico de TDAH, diagnóstico de transtorno de ansiedade (incluindo TOC), diagnósticos de transtornos de humor e diagnóstico de transtornos de comportamento disruptivo. Já os problemas médicos foram extraídos do relatório dos cuidadores das duas amostras e foram codificados como presentes ou ausentes nas seguintes categorias: problemas de sono, convulsões, problemas dentários, problemas hormonais e problemas gastrointestinais.

Com isso, foram obtidos os seguintes resultados: pessoas limitadas ou sem linguagem funcional são grande parte do grupo de hospitalização, também pessoas com menor funcionamento adaptativo, podendo estar relacionado com maiores níveis de agressividade; com maior número de diagnósticos psiquiátricos, transtornos de humor e problemas de sono. A presença de comportamentos restritivos/repetitivos foi associado a comorbidades psiquiátricas, além disso, foi visto que os comportamentos desadaptativos aumentam a probabilidade de hospitalização quando excedem a capacidade da família de lidar, e, isso será diferente para cada grupo familiar. Ademais, apesar de transtornos de humor serem relacionados à maior nível de hospitalização, ansiedade e transtornos de comportamento não tiveram essa relação.

A pesquisa de Handen et al. (2018) foi realizada com crianças e jovens entre 4 e 20 anos com a pontuação  $\geq 12$  no Social Communication Questionnaire (SCQ, Rutter et al., 2003) ou com suspeita de autismo. Os participantes foram divididos em: baixo/sem SIB (Self-injurious Behavior - Comportamento Autolesivo), casa SIB, hospital SIB, e, casa e hospital SIB. Sendo todos submetidos a tais medidas: IQ and Adaptive Behavior, Aberrant Behavior Checklist - Community (ABC-C) (Parent) (Aman et al. 1985), Repetitive Behavior Scale-Revised (RBSR) Bodfish et al. 1999; Lam and Aman 2007), ADOS-2 Comparison Scores e, questionário demográfico.

Um total de 303 participantes tiveram dados suficientes para serem incluídos nas análises. Destes, 78 (25,7%) não apresentaram SIB em casa ou no hospital (grupo baixo/sem SIB), 149 (49,2%) apresentaram apenas em casa (grupo casa SIB) e 75 (24,8%) apresentaram SIB tanto em casa quanto no hospital (grupo casa e hospital SIB). Um participante apresentou SIB apenas no hospital, mas não foi incluído nas análises, tendo 302 participantes. Os 204 sujeitos nos grupos casa e hospital SIB (conforme relatado pelos pais ou funcionários) representam aproximadamente dois terços (67,5%) da amostra.

Foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos no NVIQ, nos quais o “casa e hospital SIB” teve a média de quase 30 pontos inferior ao “baixo/sem SIB” e 10 pontos inferior ao “casa SIB”. O grupo “casa SIB” também obteve resultado menor do que o “baixo/sem SIB”. Como foi hipotetizado, o “casa e hospital SIB” apresentou maior gravidade social e déficits de comunicação do que os outros dois grupos com base na SCQ. Especificamente, o grupo “casa e hospital SIB” tiveram pontuações significativamente mais altas no SCQ do que os dois outros grupos. No entanto, a média de pontuação no ADOS-2 foi bastante consistente nos três grupos. Em relação a comportamentos externalizados, ambos os grupos SIB exibiram pontuações significativamente mais altas do que o grupo “baixo/sem SIB” no ABC. Entretanto, o grupo “casa SIB” e os grupos “casa e hospital SIB” não diferiram significativamente nessas subescalas. Os três grupos eram diferentes na subescala ABC estereotípia, com o grupo “casa e hospital SIB” com maior comportamento de estereotípia, seguido pelo “casa SIB” e depois “baixo/sem SIB”.

Em relação à escala RBSR, os dois tipos mais frequentes de SIB foram “bater-se com uma parte do corpo” ou “bater-se com uma parte do corpo em uma superfície ou objeto”, ocorrendo em aproximadamente dois terços daqueles com qualquer SIB. Os itens restantes do RBSR foram endossados por aproximadamente 30-45% dos indivíduos com SIB, com exceção de “inserir dedo ou objeto”, o que só foi relatado entre 14% dos indivíduos com SIB. Diferenças significativas entre os grupos “casa SIB” “casa e hospital SIB” foram notados por três itens: “atinge a si mesmo com parte do corpo”, “atinge-se contra superfície ou objeto”, “se morde”.

Agora, a pesquisa de McDermott et al (2008) inclui mais amplamente crianças com número de deficiências: deficiência intelectual (DI), atraso no desenvolvimento, autismo, lesão medular (LM), paralisia cerebral (PC), perda auditiva, e perda de visão. O Escritório de Pesquisa e Estatística da Carolina do Sul (ORS) então forneceu um arquivo que incluía todas as crianças com um desses diagnósticos em 2003, além de um arquivo pareado por idade de crianças de comparação, na proporção de 2 para 1. Assim, o arquivo geral inclui registros de 46.000 crianças com um desses diagnósticos, além de 92.000 crianças sem nenhuma das deficiências listadas acima. Das 46.000 crianças com um das deficiências, 1.610 tinham autismo ou transtorno global do desenvolvimento (PDD). Já que não havia crianças com autismo ou PDD com menos de 12 meses, os autores incluíram crianças de 12 meses a 17 anos e 11,9 meses, que eram elegíveis ao Medicaid para todos os 12 meses de 2003.

Foram analisadas as lesões que chegavam no ambiente hospitalar, sendo identificadas a partir dos códigos ICD-9-CM, a Matriz de Barell (ICD-9-CM 1995; Barell et al. 2002) e a regressão de Poisson. Com isso, os autores tiveram como objetivo investigar se há diferença na frequência ou tipo de lesão tratada em hospitais e departamentos de emergência para crianças durante 2003 na Carolina do Sul. Também levando em consideração a diferença entre as crianças com autismo e crianças sem deficiências. Também foram exploradas as diferenças no tratamento de lesões auto-infligidas e lesões infligidas propositalmente por outros nos dois grupos de crianças, após controle de idade e gênero sexual.

O desfecho de interesse foi o pronto-socorro ou admissão no hospital para tratamento de uma lesão. Identificaram lesões usando os códigos ICD-9-CM e a Matriz de Barell (ICD-9-CM 1995; Barell et al. 2002). Diagnóstico de lesões na faixa de código ICD-9-CM de 800 a 995 foi selecionada e agrupada usando os intervalos de código de 5 dígitos para a categoria de lesão na Matriz Barell. A região do corpo de Barell da matriz de diagnóstico de lesões por natureza padroniza a seleção de dados, usando uma matriz bidimensional que inclui todos os códigos ICD-9-CM descrevendo traumas.

Focaram a análise no número de episódios de pronto-socorro ou atendimento hospitalar para crianças com autismo em comparação com crianças sem essa deficiência. Cada episódio de atendimento foi definido como uma visita ao pronto-socorro ou hospitalização. O tratamento hospitalar em dias consecutivos foi considerado um único episódio de atendimento. Se uma criança tivesse um pronto-socorro e atendimento hospitalar no mesmo dia, as visitas foram consideradas apenas um episódio de atendimento.

Contaram o número total de episódios relacionados a lesões de cuidados de cada criança. O número total de tratamento de episódios de lesões por qualquer causa foi contado como um desfecho. Por esta taxa global, apenas uma contagem por episódio foi incluída. Por exemplo, se uma criança sofreu uma fratura na perna e uma traumatismo crânio-encefálico durante o mesmo episódio de atendimento, este contava como apenas um episódio de lesão na taxa global.

Também contaram o número de episódios para cada tipo ou localização da lesão, de acordo com a Matriz de Barell. Cada tipo ou local de lesão foi contado independentemente tal que uma contagem foi dada para um tipo específico ou local de lesão se os códigos da CID-9 para esse tipo ou local de lesão fossem encontrados em um episódio de atendimento. Para este resultado, a criança hipotética que sofreu tanto uma fratura na perna quanto uma traumatismo crânio-encefálico no mesmo dia seria contabilizado no grupo de resultado para fratura de perna e TCE.

A regressão de Poisson foi usada para modelar a taxa de qualquer lesão e cada tipo específico ou localização de lesões. o RR para crianças com autismo versus crianças sem incapacidade e os intervalos de confiança de Wald de 95% para o RR foram obtidos a partir do modelo, ajustado para idade e gênero sexual. A interpretação seria que a taxa do departamento de emer-

gência ou tratamento hospitalar para um tipo específico/localização da lesão, ou qualquer lesão entre crianças com autismo é XX vezes a taxa entre crianças sem deficiência, ajustando para idade e sexo. O procedimento GENMOD em O SAS 9.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, EUA) foi usado para ajustar os modelos de regressão de Poisson que fornecem o RR e Intervalo de confiança de 95% para este RR.

Também foi criada uma variável binária indicando se uma criança recebeu tratamento hospitalar ou de emergência para qualquer lesão durante o ano de 2003. Esta etapa foi adicionada para ajudar a assegurar que qualquer aumento na ocorrência não se deveu simplesmente ao tratamento prolongado em crianças com autismo/PDD, mas, em vez disso, era mais provável que representasse uma diferença na taxa de ocorrência de lesões. Modelos de logística de regressão (procedimento LOGÍSTICO, SAS 9.1, SAS Institute Inc.) foram ajustados nessas variáveis binárias, ajustando para idade e sexo.

Além disso, foram usados códigos da CID-9 para identificar a causa externa da lesão. Agruparam os códigos de acordo com as categorias estabelecidas pelo Nacional Vital Relatórios Estatísticos (Murphy 2000). A regressão de Poisson foi executada em taxas de cada uma das causas externas específicas, ajustando para idade e sexo. As taxas de autolesão (CID-9: 950–959) e ferimentos propositalmente infligidos por outros (CID-9: 960-969) também foram contados, e a regressão de Poisson foi executada para modelagem das taxas controlando por idade e sexo.

Os resultados encontrados apoiam a hipótese primária dos autores de que crianças com autismo teriam maiores taxas de admissão hospitalar em comparação com crianças sem autismo. Na verdade, eles eram 20% mais propensos a ter lesões tratadas no ambiente hospitalar. A classificação das três principais causas externas de lesão é a mesma para crianças com autismo e pessoas sem deficiência. Mesmo os achados de risco reduzido são consistentes com o conhecimento de comportamentos associados ao autismo. Crianças com autismo estavam em risco significativamente menor para entorses e distensões (RR 0,54). Isso está de acordo com o perfil comportamental das crianças com autismo, uma vez que se espera que sejam menos propensos a competir em esportes organizados ou jogos em grupo que pode precipitar entorses e distensões.

Este estudo foi realizado usando o Medicaid informatizado arquivos de reembolso e, portanto, os resultados podem não generalizar para crianças com autismo que são seguradas por outros pagadores. Além disso, uma vez que as crianças com deficiência podem se qualificar para cobertura Medicaid com base em critérios financeiros diferentes do que crianças sem habilidade, pode haver algumas diferenças socioeconômicas entre as crianças com autismo e a comparação com crianças sem deficiências.

Na verdade, os autores exploraram a cobertura das crianças no estudo e encontraram 80% das crianças com autismo ou PDD e 2% das crianças no grupo de comparação tinham Cobertura TEFRA. Diante desses dados de cobertura do Medicaid, pode-se assumir uma proporção

maior das crianças de comparação qualificadas com base na condição de pobreza ou quase pobreza. Assim, se a renda mais baixa está relacionada ao aumento das taxas de lesão tratada, esse efeito seria na direção oposta da associação que foi observada pelos autores.

A limitação do uso de dados administrativos significa que só pode descrever a prevalência de lesão tratada, não a ocorrência real da lesão. E os autores observaram apenas o departamento de emergência e internações, não levando em consideração consultas ambulatoriais, de modo que os resultados só poderiam ser generalizados para lesões mais graves que exigem um nível mais elevado de cuidado. Além disso, não possuíam dados suficientes para analisar alguns tipos de lesão. Não modelando nenhum dado quando as contagens de células estavam abaixo de 10, por causa da questionável de validade para modelar esses resultados raros.

Outra limitação foi a faixa etária disponível para estudar. Não havia crianças com menos de 12 meses de idade com diagnóstico de autismo e decidiram relatar crianças até aos 18 anos porque a maior parte do Medicaid com categorias de elegibilidade terminam aos 18 anos. No entanto, os resultados fornecem evidências para profissionais e famílias que entendem os riscos associados com autismo e precisam de dados para apoiar serviços que possam reduzir a frequência de ocorrência de lesões. Esses dados fornecem evidências de que a redução de risco deve se concentrar em suporte comportamental que reduz a autolesão e tanto estratégias comportamentais e ambientais que reduzem a exposição a venenos.



VIMEO.COM/IW4

# **iW4 PLAY**

VÍDEOAULAS ON DEMAND  
SOBRE ANÁLISE DO  
COMPORTAMENTO

INSTITUTO WALDEN4

Quer assistir a vídeo-aulas sobre Análise do Comportamento ministradas pelo Prof. Márcio Moreira?

[Clique aqui para acessar](#)

## Práticas baseadas em evidências

Como visto acima, já foram realizadas diversas pesquisas na área do TEA em hospitais, além de apontar as inúmeras possíveis dificuldades e gatilhos para estas, também foram apresentadas muitas estratégias utilizadas por diferentes autores. Isto condiz com o modelo que é chamado de prática baseada em evidências, onde são utilizadas intervenções testadas cientificamente, que também serão seguidas neste manual. Para isso, é necessário compreender o que esta prática propõe.

Atualmente, é visto que a conduta dos psicólogos devem ser baseadas em dados empíricos, isto é, a psicologia baseada em evidências. Esta questão tem ganhado grande reconhecimento dentro da psicologia, no cenário internacional, tendo como consenso que a atuação e a autonomia do psicólogo devem estar relacionadas a práticas terapêuticas que sejam construídas com base em evidências empíricas (Leonardi e Meyer, 2014).

Segundo a APA (2005), a prática baseada em evidências em psicologia (EBPP) tem a seguinte definição: “a integração da melhor pesquisa disponível com a experiência clínica no contexto das características do paciente, cultura e preferências”. Isto é, às intervenções psicológicas devem ter base na eficácia, estabelecendo relações causais entre intervenções e distúrbios em tratamento; e, na utilidade clínica, levando em consideração às evidências de pesquisa, consenso clínico sobre a generalização, custos, benefícios e viabilidade, incluindo a aceitabilidade e disponibilidade do paciente.

A psicologia baseada em evidências foi influenciada por diversos fatores científicos, sociais, econômicos e políticos; além do interesse dos pesquisadores em comprovar suas pesquisas para a área, poder ter certeza da qualidade dos serviços oferecidos aos consumidores, o interesse das agências governamentais em se assegurar dos direitos dos consumidores, dentre outros (Beutler, 1998 cit. em APA, 2005).

Segundo Leonardi & Meyer (2014), em 1952, Eysenck realizou um trabalho que teve como efeito estimular a busca pela demonstração empírica dos resultados das psicoterapia e, posteriormente, houveram revisões de pesquisas com o objetivo de analisar a efetividade dessas psicoterapias. O mesmo concluiu que a melhor intervenção psicoterápica era a passagem do tempo, retirando a priorização da psicoterapia, a colocando como desnecessária. O que foi ignorado por muitos terapeutas e criticado por outros. Entretanto, o maior benefício do trabalho de Eysenck (1952), foi o incentivo a procurar comprovar os resultados das psicoterapias através de demonstrações empíricas (Barlow et al., 2013).

Esta é uma prática profissional que tem como foco a tomada de decisão, sempre priorizando o cuidado com o cliente e se baseando na melhor evidência disponível. Propicia a eficácia da psicoterapia na prática e auxilia na saúde pública a partir da aplicabilidade de fatores empiricamente fundamentados na avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e

intervenção, requisitando do profissional da psicologia o aprendizado e atualização constante (Spring, 2007).

Levando em conta pesquisas envolvendo TEA no ambiente hospitalar, é visto que essa questão que está em alta internacionalmente, ainda não ganhou tanto espaço no cenário brasileiro, existindo poucas publicações na língua portuguesa. No cenário brasileiro, há maior quantidade de publicações na área clínica sobre autismo, porém, na área hospitalar ainda é mais escasso. Considerando os trabalhos realizados na língua inglesa, é possível ter um apanhado de informações na área de autismo em hospitais, mas, infelizmente, quase nada em português.

As pesquisas com crianças diagnosticadas com TEA têm larga evidência na análise do comportamento, especificamente no contexto hospitalar, ainda assim, essa literatura está, em sua maioria, em inglês. Com isso, torna o acesso ao conhecimento necessário mais difícil para profissionais da área de saúde que estão sujeitos a trabalhar com pessoas autistas, necessitando assim, de alguma intervenção voltada para este aspecto.

Além disso, também existe o obstáculo da tecnicidade da linguagem científica, que acaba não alcançando um grande público. Ademais, são vistas na literatura sugestões de estratégias para lidar com esse público no ambiente hospitalar, ainda existindo uma escassez em relação às intervenções experimentais. Portanto, nesta pesquisa será realizado um compilado de estratégias, objetivando facilitar o acesso a informações sobre o assunto.

## **Manuais didáticos**

A dificuldade de acesso às práticas baseadas em evidências tem sido abordada na literatura, onde estudos apresentam estratégias para que o conhecimento seja claro e abrangente a todos. Isto é, outras pesquisas tentaram tornar as informações mais acessíveis por meio de evidências, entre estes pesquisadores, há estudos com o foco de elaborar manuais facilitando o acesso a conhecimentos, com diferentes fatores sendo analisados, como, por exemplo, comportamentos desafiadores e seletividade alimentar. É visto na pesquisa de Silva e Moreira (2021) e Cruz e Moreira (2021) diferentes maneiras de construir um agrupamento de informações relevantes, facilitando o acesso para todos.

Silva e Moreira (2021) iniciaram seu trabalho pesquisando metanálises ou revisões sistemáticas mais recentes sobre determinado tema, utilizando conjuntos de termos em cada plataforma para filtrar o que estavam procurando. Posteriormente, já com um bom levantamento de informações, os autores removeram publicações duplicadas, bem como analisaram os títulos e resumos objetivando criar critérios de inclusão e exclusão. Assim, tornando as informações mais seletivas.

Para selecionar os artigos a serem utilizados, Silva e Moreira (2021) analisaram os mais recentes para extraírem informações que utilizaram procedimentos do interesse dos autores. Já ao elaborarem as descrições didáticas, realizaram a leitura e o levantamento de informações para verificação e extração dos seguintes tópicos: 1. referência bibliográfica, 2. dados dos par-

ticipantes, 3. definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração, 4. objetivo da pesquisa, 5. objetivo da intervenção, 6. nomes dos procedimentos de ensino utilizados, 7. resultados da análise funcional (quando houvesse), 8. nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base), 9. descrição da intervenção, e, 10. resultados.

Já Cruz e Moreira (2021), para a seleção dos procedimentos, utilizaram como base uma metanálise de Richman et al. (2015), a qual mais se adequava ao tema e ao que estavam procurando. Iniciaram o procedimento selecionando tópicos que guiaram a seleção dos artigos científicos descritos, tendo 54 artigos, entretanto, selecionando apenas 16 que condiziam com o que era necessário para o desenvolvimento da pesquisa. Além disso, realizaram descrições para estes, com o objetivo de evidenciar os principais aspectos necessários para realização de intervenções.

Nesse sentido, os autores encontraram como os principais aspectos os seguintes tópicos: características dos participantes e suas principais habilidades; definição do comportamento-problema; resultados da análise funcional do comportamento-problema; os procedimentos realizados na intervenção, tais como tipo de esquema reforçamento não-contingente, número de sessões, local e intervalo e execução; e um resumo com os principais resultados da intervenção.

Diante às duas pesquisas apresentadas, é possível perceber diferentes formas de agrupar informações e passar estas para o leitor. Dessa forma, é visto que no texto de Silva e Moreira (2021), os conhecimentos foram passados de forma estruturada em tópicos, deixando bem sinalizado desde o sumário onde encontrar o suporte para construir seu próprio manual. No texto de Cruz e Moreira (2021) essa estrutura não é tão clara, porém utilizam tabelas, facilitando que o leitor possa entender o conteúdo de forma mais objetiva.

Ademais, as pesquisas de Silva e Moreira (2021) e Cruz e Moreira (2021) são baseadas em metanálises ou revisões sistemáticas recentes, colocando para o leitor como uma grande vantagem para encontrar as informações necessárias, além de Silva e Moreira (2021) também utilizar conjuntos de termos para filtrar melhor o que seria selecionado. Os autores também pontuaram que quando se deparavam com mais de um participante, selecionaram os dados primeiro relatados ou do participante que apresentasse diagnóstico de TEA (Silva e Moreira, 2021) ou, o qual apresentava o comportamento de interesse e que havia sido submetido à intervenção com esquemas de reforçamento não-contingente (Cruz e Moreira, 2021).

## **Dificuldades encontradas pelas autoras**

Com isso, é possível perceber algumas dificuldades encontradas pelas autoras (Silva e Moreira, 2021 e Cruz e Moreira, 2021) durante a realização dos manuais em questão. Alguns autores não possuíam fluência na língua inglesa, dificultando assim, o real acesso ao conhecimento, já que grande parte das informações é encontrada apenas em inglês, necessitando de tradução para que seja compreendida. A barreira da língua é bem comum e se torna um grande

impedimento para a chegada de conhecimento para todos, o que, nesses casos, levaram a necessidade da utilização de plataformas de tradução, como, por exemplo, o Google Tradutor.

Além disso, alguns artigos analisados pelos autores não trazem a descrição do procedimento adequadamente, se referindo a outros artigos e apresentando as descrições de forma muito sucinta. Com esses aspectos, o entendimento se torna mais difícil e conseqüentemente, difícil a reprodução do mesmo. Uma outra questão é a quantidade de condições experimentais apresentadas. Isto é, algumas pesquisas apresentam um grande número dessas condições, não sendo possível extrair uma única intervenção para todos esses aspectos.

Foi observada a utilização de seqüências longas com a elaboração de vários exemplos ao longo dos trabalhos e a introdução gradativa de conceitos elementares importantes para compreensão das intervenções. Esses pontos não são seguem às normas usuais para um trabalho de monografia, entretanto, foram produzidos de tal forma para que estes fossem úteis para além de profissionais experientes, mas também, para recém formados. Ou seja, contribuem assim para o maior entendimento do leitor sobre a temática e as formas de aplicação.

## **Sugestões para pesquisas futuras**

Nesse sentido, a pesquisa de Cruz e Moreira (2021, p. 171), apresenta alguns aspectos que podem aprimorar a didaticidade de novas elaborações de manuais, sendo estes:

1. Usar nomes próprios da língua portuguesa (e.g., Carl ;e substituído Carlos).
2. Padronizar o nome utilizado para se referir ao experimentador (e.g., psicólogo);
3. Sempre que possível descrever a duração, a frequência e o total de sessões realizadas;
4. Trocar a palavra “resposta”, utilizada no sentido de instância do comportamento, pela palavra comportamento.
5. Não apresentar resultados de reversões a condições experimentais.
6. Evitar o uso de siglas (ou repetir várias vezes nome e sigla).
7. Dar nome ao comportamento-alvo da intervenção.
8. Apresentar a definição topográfica do comportamento;
9. Descrever como o comportamento-alvo foi medido;
10. Apresentar dados da linha de base de forma geral antes do procedimento (e.g., a criança ficava gritando 50% do tempo)
11. Apresentar, quando houver, dados da análise funcional;

12. Na descrição do procedimento, fornecer exemplos;
13. Sempre deixar clara a unidade de medida:
  1. ERRADO: ...até que os comportamentos problemáticos diminuíssem;
  2. CERTO: ...até que os comportamentos problemáticos diminuíssem de frequência.
  3. ERRADO: ...na redução do comportamento de levar objetos à boca, no entanto, a intervenção não teve êxito;
  4. CERTO: na redução da frequência do comportamento de levar objetos à boca, no entanto, a intervenção não teve êxito.

Também é apontado por Landim e Moreira (2021) e Silva e Moreira (2021) a importância de disponibilizar os itens de forma didática e passível de aplicação, relatando o passo-a-passo dos procedimentos que serão realizados. Além de viabilizar a entrega do material didático para profissionais e alunos da área, com o objetivo de colocar em prática e avaliar a efetividade das intervenções propostas.

## **Análise crítica**

Para além do que os autores apresentaram, analisando de maneira mais crítica, é vista a diferença estrutural para cada trabalho. Silva e Moreira (2021), organizaram os manuais de forma mais objetiva, se preocupando com tópicos e sinalizações de cada aspecto do texto logo no sumário. Além de utilizarem conjuntos de termos para filtrar com maior clareza o que desejavam. Já Cruz e Moreira (2021) se preocuparam em realizar tabelas ao explicarem seu procedimento, deixando a informação mais direta.

Em relação aos participantes, algo de muita importância para a estrutura do trabalho foi realizado tanto por Cruz e Moreira (2021) quanto por Silva e Moreira (2021), este foi: quando se depararam com mais de um participante, os autores selecionaram apenas um de acordo com o que era mais relevante para tal pesquisa. Isto foi muito positivo para facilitar o entendimento dos dados e promover uma organização mais limpa do trabalho.

Agora, analisando a organização a respeito das dificuldades e sugestões para trabalhos futuros, foi visto que Cruz e Moreira (2021) debruçaram maior tempo ao aspecto de sugestões, fazendo uma lista com tópicos do que poderia ser feito, o que favorece muito próximos pesquisadores, podendo melhorar cada vez mais os manuais. Já Silva e Moreira (2021) e Landim e Moreira (2021) realizaram suas pontuações de forma mais objetiva e pontual, não dando tanto oportunidade para o aprimoramento nas próximas pesquisas. Apesar dos problemas e dificuldades apresentadas nestes manuais (e.g., Silva e Moreira, 2021 e Cruz e Moreira, 2021), é visto que esses trabalhos têm contribuído consideravelmente para promover o conhecimento em diversas áreas. Além destes, os manuais que abordam temas como restrição

alimentar, comportamento agressivo e família de pessoas autistas, com suas literaturas baseadas em evidências, também agregam a esse conhecimento. Há literatura semelhante, baseada em tais práticas, com relação ao hospital, mas ainda não há um manual voltado a pessoas com TEA dentro do ambiente hospitalar.

## **Justificativa, objetivo e procedimento utilizado na elaboração deste livro**

O presente trabalho teve como pergunta de pesquisa: Como lidar com pessoas autistas que chegam em ambientes hospitalares para serem atendidas? Com isso, o objetivo deste é sistematizar um texto, identificando as informações básicas com base na literatura científica disponível sobre sugestões de estratégias com pessoas com o diagnóstico de autismo no hospital e reorganizar estas na forma de apresentar.

### **Seleção do artigo de revisão sistemática ou metanálise**

A seleção dos artigos nos quais foram buscadas as informações para elaboração do material didático, com intervenções direcionadas a pessoas com TEA dentro hospital, foi realizada pesquisando metanálises ou revisões sistemáticas mais recentes sobre o tema. Essa busca será realizada na plataforma Google Acadêmico. Foram utilizados os seguintes conjuntos de termos em cada plataforma filtrando pelo campo todos os campos: a) systematic review autism at hospital; b) meta-analysis autism at hospital; d) systematic AND review AND hospital OR medical care, filtrando por ano de 2013 a 2022.

Após o levantamento das informações, foram removidas as publicações duplicadas. Em seguida foram analisados os títulos e resumos com o objetivo de executar os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: (1) estratégias para o bem-estar da pessoa autista no hospital, (2) relação com o ambiente hospitalar; pediatria e emergência e (3) participantes com Transtorno do Espectro do Autismo, (4) língua inglesa. Como critérios de exclusão: (1) a condição dos (as) participantes terem experiência com o hospital e (2) a exclusão por título que não contemple os critérios de inclusão.

### **Seleção dos artigos dentro da revisão sistemática**

Após a seleção da revisão bibliográfica, foram analisados os artigos apresentados nela com o objetivo de executar os critérios de inclusão e exclusão de forma subjetiva. Os critérios de inclusão foram: (1) recência com maior proximidade ao ano de 2022, (2) tema mais próximo do que desejado - temas da introdução, (3) qualidade da descrição (conter as informações citadas no tópico abaixo), (4) qualidade e especificidade das intervenções. Como critérios de exclusão: (1) temas fora do ambiente hospitalar, (2) falta de informação nas descrições, (3) intervenções pouco detalhadas.

### **Extração das informações**

Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura e o levantamento de informações para verificação e extração dos seguintes tópicos:

1. Referência bibliográfica.
2. Dados dos participantes:
  - a. Idade;
  - b. Diagnósticos;
  - c. Repertório comportamental (e.g., fala, não fala);
  - d. Histórico;
  - e. Dados dos pais/cuidadores (quando houvesse).
3. Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração.
4. Objetivo da pesquisa.
5. Objetivo da intervenção.
6. Resultados da análise funcional (quando houvesse).
7. Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base)
  - a. Nome;
  - b. Descrição;
  - c. Como medir;
8. Descrição da intervenção.
9. Resultados:
  - a. Número de sessões semanais;
  - b. Duração das sessões;
  - c. Comparação entre os resultados obtidos na condição de linha de base e os resultados obtidos na condição de intervenção;
10. Observações e conclusões dos autores.

Quando houvesse mais de um participante e fosse necessário, foi selecionado apenas o participante cujos dados foram relatados primeiro (ou do participante que tivesse diagnóstico de TEA).

## **Tradução das informações**

- a. Tradução no Google: As informações extraídas foram colocadas na página do Google Tradutor (link: <https://translate.google.com.br/?hl=pt-BR>). Foi realizada a tradução da língua inglesa para o português do Brasil e foi registrado exatamente como o Google traduziu.
- b. Revisão da tradução: Após todos os textos serem traduzidos, a pesquisadora realizou uma leitura dos conteúdos trazidos para verificar se houve algum comprometimento na compreensão das informações.

## **Elaboração do texto didático**

Após traduzidos os conteúdos, os mesmos foram reorganizados para produzir uma descrição de como realizar a intervenção:

1. Título.
2. Referência.
3. Dados do participante:
  - a. Idade;
  - b. Diagnósticos;
  - c. Repertório comportamental (e.g., fala, não fala);
  - d. Histórico;
  - e. Dados dos pais/cuidadores (quando houvesse).
4. Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração.
5. Objetivo da pesquisa.
6. Objetivo da intervenção.
7. Nomes dos procedimentos de ensino utilizados.
8. Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).
9. Descrição da intervenção.
10. Resultados
  - a. Número de sessões semanais;
  - b. Duração das sessões;

- c. Comparação entre os resultados obtidos na condição de linha de base e os resultados obtidos na condição de intervenção.



Precisando de cursos online sobre Análise do Comportamento? Conheça os cursos disponibilizados pela Editora Artmed ministrados pelo Prof. Márcio Moreira:

[Clique aqui para acessar](#)

# **Referência 1. Crianças com deficiências de desenvolvimento em um hospital pediátrico: educação da equipe para prevenir e gerenciar comportamentos desafiadores**

Johnson, N., Lashley, J., Stonek, A., Bonjour, A. (2012). Children With Developmental Disabilities at a Pediatric Hospital: Staff Education to Prevent and Manage Challenging Behaviors. Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.02.009>

## **Dados do participante**

Os participantes foram a equipe multidisciplinar de saúde de um hospital pediátrico. Esta equipe é comandada por uma enfermeira de prática de desenvolvimento avançada e formada pelo pessoal de segurança, enfermeiros, médicos, especialistas em vida infantil e outros cuidadores da área de saúde.

## **Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração**

A literatura mostra que os membros da equipe de assistência direta, como enfermeiros e parceiros de cuidados, que encontram com crianças com deficiências de desenvolvimento e comportamentos desafiadores, muitas vezes, não possuem o conhecimento e as habilidades necessárias para gerenciar esses comportamentos e, podem ter medo de cuidar dessas crianças, estando em risco de lesão.

## **Objetivo da pesquisa**

A pesquisa aborda um dos objetivos da educação com a seguinte questão: os profissionais de enfermagem e os alunos que recebem o treinamento aumentam o conhecimento e diminuem o medo de trabalhar com crianças com deficiência, medida em uma escala de Likert de 10 pontos? O segundo objetivo do programa é determinar se o uso de estratégias de comunicação no treinamento que levaram à diminuição da lesão do pessoal ou o uso de restrições estava além do escopo do programa.

## **Objetivo da intervenção**

Os objetivos do programa foram para prevenir e gerenciar comportamentos desafiadores e diminuir o medo da equipe de cuidar de crianças com deficiências de desenvolvimento.

## **Nomes dos procedimentos de ensino utilizados**

Aulas (uma online e outra conduzida pelo instrutor), estratégias proativas e estratégias reativas.

## **Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).**

O conteúdo de orientação central reflete as tendências atuais em necessidades educacionais para a equipe de enfermagem e é atualizado com base em tendências na área da saúde. Portanto, conduzir a educação oferecendo orientação central foi considerado mais provável de influenciar a melhoria desejada no conhecimento e diminuição do medo de cuidar de crianças com comportamentos desafiadores.

## **Descrição da intervenção**

Estratégias proativas foram desenvolvidas para evitar a escala de frustração para a apresentação de comportamentos desafiadores. Estratégias reativas foram projetadas para lidar com os comportamentos desafiadores que não foram evitados. Além de aulas, onde todos os funcionários completaram 2 horas de treinamento, divididas em uma aula on-line de 1 hora para fornecer informações e uma aula de 1 hora ministrada por um instrutor que forneceu tempo para a equipe praticar as habilidades de comunicação necessárias para promover a confiança e a autoeficácia.

A aula foi ministrada pelo pessoal de segurança, especialistas em vida infantil e enfermeiros, tendo como objetivo melhorar a confiança da equipe que cuida da saúde para que eles possam aprender a lidar com o confronto ou ambientes hospitalares movimentados. Essas aulas oportunizaram que os funcionários demonstrassem seus conhecimentos, praticassem estratégias e recebessem feedbacks do instrutor.

Na aula on-line foram vistos os seguintes pontos: (a) uma visão geral do desenvolvimento de deficiências, com foco no TEA; (b) estratégias de preparação; (c) estratégias de comunicação; e (d) estratégias de jogo. O treinamento para crianças com TEA foi destacado devido estas, muitas vezes, apresentarem maior frequência de comportamentos desafiadores no ambiente hospitalar. No entanto, todas as técnicas e modificações na educação e itens de apoio são adequados para todas as crianças com deficiências no desenvolvimento, pois estas favorecem a comunicação tranquila e o cuidado centrado na família.

Já a aula conduzida pelo instrutor foi baseada no referencial teórico de autoeficácia, incluindo o auto relato dos participantes sobre: (a) aumento do conhecimento e (b) diminuição do medo de cuidar de crianças com comportamentos desafiadores. Utilizaram do método de comunicação em oito etapas adaptado para o uso no ambiente e saúde e do ciclo diretivo de conformidade.

## **Resultados**

Nos primeiros 18 meses do programa, 604 unidades de saúde completaram ambas as partes da educação. Todos os 604 completaram as pesquisas de avaliação baseadas na parte da educação online. No entanto, os dados das aulas conduzidas por instrutores foram mais limitadas (n = 42). Os participantes foram RNs (n = 346, 57,8%) e outros (estudantes de enfermagem e auxiliares de enfermagem; n = 243, 42,2%). Os próprios participantes relataram se atenderam aos oito objetivos de aprendizagem relacionados para a preparação necessária para a prevenção e resposta ao comportamento desafiador. Comentários dos participantes incluíram o seguinte; “envolvente, interativo”, “eram informações básicas”, “importante saber como evitar esses comportamentos, porque é mais fácil do que tentar lidar com a escalada deles”, “sinto que posso lidar melhor com eles agora” e “eu trabalhei com ... crianças (com autismo) ... tudo que passamos estava tão certo!!”

Na segunda parte (conduzida por instrutor), 42 enfermeiros, estudantes e auxiliares de enfermagem preencheram os questionários pré e pós, abordando os dois objetivos de aprendizagem: aluno terá (a) maior conhecimento sobre comportamentos desafiadores e (b) diminuição do medo de crianças com comportamentos desafiadores. Dos 42 participantes, 25 (59%) relataram experiências anteriores cuidando de crianças com esses comportamentos, enquanto 17 (41%) relataram não terem nenhuma experiência anterior similar. Os principais resultados do estudo são que após a parte da educação conduzida por um instrutor, os participantes demonstraram maior conhecimento e diminuição do medo de trabalhar com crianças com transtornos de desenvolvimento. A classificação média para o conhecimento da equipe sobre como lidar com crianças com comportamentos desafiadores aumentou de 5,5 a 8,7 (1 = nenhum conhecimento a 10 = muito conhecimento), enquanto às pontuações médias de medo diminuíram de 3,2 para 2,7 (1 = não medo a 10 = muito medo).



WWW.WALDEN4.COM.BR

# RÁDIO IW4

~~~~~

Ouçã 24 horas por dia, 7 dias por semana, on-line, conteúdos sobre Análise do Comportamento

[Clique aqui para ouvir](#)

## **Referência 2. Reduzindo as barreiras ao cuidado no ambiente de saúde para crianças com autismo.**

Bultas, M., McMillin, S., & Zand, D. (2016). Reducing Barriers to Care in the Office-Based Health Care Setting for Children With Autism. National Association of Pediatric Nurse Practitioners. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

### **Dados do participante**

Uma amostra de conveniência de dois grupos de profissionais de saúde foram recrutados por e-mail. O primeiro grupo incluiu 150 endereços de e-mail exclusivos de médicos pediatras clínicos; os endereços de e-mail foram fornecidos por um hospital pediátrico local no centro-oeste dos Estados Unidos. O segundo grupo de profissionais de saúde incluiu 158 endereços de e-mail exclusivos de enfermeiras pediátricas praticantes (PNPs) que eram membros da comunidade local, do meio-oeste dos Estados Unidos. Esses grupos foram escolhidos devido à alta probabilidade de prestarem cuidados regulares a crianças com TEA. Os critérios de inclusão foram: (a) ser médico ou enfermeiro e (b) já ter fornecido assistência médica a uma criança com TEA no último ano.

Também foi utilizada uma amostra de conveniência de pais. Dez grupos de pais de autismo (sete nacionais e três locais) foram contactados por e-mail pelo pesquisador e solicitado a postar o link da pesquisa para os pais. Os critérios de inclusão foram: (a) tem 18 anos de idade ou mais; (b) tem um filho diagnosticado com TEA por um médico; (c) é o principal tomador de decisões e cuidador de seu filho; (d) é o pai biológico, padrasto ou responsável legal da criança; (e) tem um filho com TEA entre 3 e 15 anos de idade; (f) tem acesso a Internet para preencher pesquisas relacionadas ao estudo; (g) reside nos Estados Unidos; e (h) lê, fala e entende inglês para completar métodos planejados de coleta de dados. A idade selecionada foi escolhida devido muitas crianças não serem diagnosticadas antes dos 3 anos de idade e os serviços de transição podem estar começando para crianças com TEA aos 16 anos.

### **Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração**

Os pesquisadores acreditam ser importante entender mais sobre as barreiras reais que pais e profissionais de saúde experienciam e identificar recursos potenciais para melhorar os atendimentos para esta crescente população de crianças com TEA. Como também, dar um passo para melhorar os resultados de qualidade durante os atendimentos.

O primário autor desenvolveu duas pesquisas online, uma para pais e outra para a equipe; as pesquisas foram em um nível de leitura aproximadamente da oitava série. A aprovação do Quadro de Revisão Institucional foi obtida antes do recrutamento e postagem de ambos os

links de pesquisa. Cada link de pesquisa incluiu uma declaração de recrutamento de participantes que apareceu no início da pesquisa, esta declaração identificou o objetivo do estudo e forneceu ao participante a oportunidade de continuar ou recusar-se a participar. Todos os pais e participantes da equipe tiveram a chance de participar de um sorteio de vale-presente no final do inquérito.

## **Objetivo da pesquisa**

O objetivo deste estudo foi duplo: (a) avaliar a aceitabilidade e utilidade, da perspectiva de ambos os pais e profissionais de saúde, de uma ferramenta desenvolvida por pesquisadores para facilitar a comunicação e melhorar os resultados da prestação de cuidados de saúde durante os atendimentos, e (b) para realizar uma avaliação das necessidades das barreiras e recursos que os pais de crianças com TEA encontram durante a prestação de cuidados de saúde.

## **Objetivo da intervenção**

Um desenho de pesquisa transversal foi usado para obter informações de profissionais de saúde e pais de crianças com TEA em relação às percepções de barreiras e recursos que afetam a equipe, bem como para avaliar a aceitabilidade do cartão de dicas rápidas.

## **Nomes dos procedimentos de ensino utilizados**

Questionários para os profissionais de saúde e para os responsáveis da criança.

## **Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).**

O cartão de dicas rápidas visa reduzir barreiras de comunicação que podem ter um impacto negativo nas experiências de cuidados de saúde para crianças com TEA. Supõe-se que o uso do cartão de dicas rápidas durante o atendimento tem o potencial de melhorar o fluxo, a eficiência, às interações e, portanto, o resultado do atendimento enquanto diminui o tempo (o que pode se traduzir em redução de custo) associado a estadia no hospital.

## **Descrição da intervenção**

A pesquisa do HCP incluiu 14 perguntas e a estimativa do tempo de preenchimento foi de 5 a 10 minutos. A pesquisa usou principalmente perguntas nos formatos do tipo Likert e de múltipla escolha e incluiu apenas uma pergunta de resposta aberta para minimizar a carga da pesquisa. As perguntas foram desenvolvidas e revisadas por membros da equipe de pesquisa, que tem vasta experiência de trabalho com crianças e famílias com TEA. As perguntas pediram à equipe para (a) avaliar a utilidade do cartão de dicas rápidas, (b) avaliar a probabilidade de uso do cartão de dicas rápidas em sua prática e (c) identificar barreiras para o atendimento de crianças com TEA. Perguntas da pesquisa relacionadas a barreiras de cuidados foram desenvolvidas usando a literatura disponível.

A pesquisa dos pais continha 10 perguntas para estes avaliarem o cartão de dicas rápidas e identificarem as barreiras e recursos que encontraram durante os atendimentos com suas crianças com TEA. As perguntas da pesquisa foram desenvolvidas pelos pesquisadores utilizando a literatura disponível; formatos de perguntas eram principalmente de resposta livre, mas também incluíam algumas questões de múltipla escolha e de classificação Likert. Estima-se que a pesquisa dos pais levou de 10 a 15 minutos para completar.

*Figura 1.* Exemplo traduzido de um Quick Tips Card (Cartão de dicas rápidas) concluído que foi utilizado pelos pais para comunicar às necessidades exclusivas da criança para os provedores.

**Cartão de perfil de dicas rápidas\***

**"Dicas Rápidas" de Jared**

Como me comunico: sinal ou PECS

O que me ajuda a entender: receber os passos a seguir

O que eu gosto: Desenho: Thomas e seus amigos

O que me acalma: silêncio e tempo para responder

Não gosta de toque/sensorial: cheiros, falar demais

Fico chateado quando: você diz "Bom trabalho"

Tenho medo de: jalecos brancos, exercícios de incêndio

Comentários: Eu bati muito com a cabeça

Solicitações do cuidador: Quero me envolver no exame e ajudar

## Resultados

Os dados das entrevistas das mães relacionam-se com as experiências de cuidado à saúde da mãe e do filho, que giravam em torno de dois temas principais. Primeiro, as mães expressaram preocupação de que o profissional de saúde de seus filhos e sua equipe de escritório "simplesmente não entenderam". Eles sentiram que seus profissionais de saúde e a equipe do escritório simplesmente não entendiam a complexidade do TEA e como o diagnóstico de TEA afeta todas as decisões, tarefas e todos os momentos do dia. Em segundo lugar, os pro-

fissionais de saúde marginalizaram e ignoraram as preocupações das mães, especialmente aquelas relacionadas ao desenvolvimento cognitivo e social de seus filhos. Além disso, havia barreiras gerais ao cuidado que se tornaram aparentes durante as entrevistas. Deve-se notar que os nomes reais dos profissionais de saúde não foram coletados, de modo que o pesquisador não conseguiu determinar se os provedores praticavam em um modelo médico domiciliar.

**YOUTUBE**

# MÁRCIO MOREIRA



**AULAS, CONCEITOS E MUITO MAIS...**

---

**CONTEÚDOS EXCLUSIVOS**

[Clique aqui para acessar](#)

## **Referência 3. Treinamento baseado em evidências para melhorar as habilidades de gerenciamento de comportamento infantil dos enfermeiros psiquiátricos.**

Tucker, S., Derscheid, D., Odegarden, S., & Olson, M. (2008). Evidence-based training for enhancing psychiatric nurses' child behavior management skills. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(2), 75-85.

### **Dados do participante**

Vinte e sete RNs trabalhando em uma UTIP de cuidados intensivos em um grande centro médico acadêmico do Centro-Oeste participou neste estudo. A unidade de internação psiquiátrica com 16 leitos acolhe crianças e adolescentes dos 2 aos 18 anos. Os pacientes admitidos na unidade apresentam uma ampla gama de comportamentos, incluindo agressão, hostilidade, desafio e oposição. Os pais são fortemente encorajados a participar do tratamento da criança.

Dos 27, 12 enfermeiros foram designados (com base no cronograma disponibilidade e necessidades de carga de trabalho para a unidade de internação) para participar do workshop de 3 dias em maio de 2004. Crianças de 3 a 7 anos foram recrutadas para participar no pré-treino e pós-treino, filmado em 15 minutos sessões de jogos com os participantes do RN para avaliar as mudanças em habilidades observadas de gerenciamento de comportamento infantil.

### **Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração**

As variáveis primárias (pontos finais) de interesse neste estudo foram as classificações autorrelatadas pelos participantes de estratégias de gestão infantil; observação das habilidades de gerenciamento de comportamento infantil dos participantes; e feedback dos participantes relacionado à viabilidade do programa, aceitabilidade, e satisfação.

### **Objetivo da pesquisa**

O objetivo deste estudo foi examinar os efeitos de um programa padronizado de treinamento de pais/professores (SP/TTP) de 3 dias em crianças e observar habilidades de gerenciamento de comportamento entre enfermeiros registrados (RNs) que trabalham com crianças e famílias em um ICAPU.

### **Objetivo da intervenção**

As intervenções tiveram como objetivo examinar as mudanças de técnicas de gerenciamento de crianças após a participação em um treinamento de pais/professores baseado em um programa de pesquisa adaptado para crianças e adolescentes. Além de examinar as percepções dos enfermeiros sobre a viabilidade e aceitabilidade do programa para suas configurações.

## **Nomes dos procedimentos de ensino utilizados**

Um Programa desenvolvido pela Webster-Stratton chamado programa padronizado de treinamento de pais/professores (SP/TTP); Questionário de Estratégias de enfermeiras (NSQ), codificação de interação diádica entre pais e filhos Revisado pelo Sistema (DPICS-R), Ferramenta de Avaliação de Treinamento de Líder de Grupo de Pais, Avaliação do Workshop de Treinamento de Líderes de Grupo de Pais e Incredible Years Training Oficina de Perguntas Pós-Treinamento.

## **Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).**

Na linha de base apresentada pelos autores foi possível encontrar os seguintes dados:

**Tabela 1**

*Estatísticas da Linha de Base do Questionário de Estratégias de Enfermeiras (NSQ).*

*(Tabela adaptada de Tucker, 2008, p. 80, Tabela 3).*

| <b>Questionário de Estratégias de enfermeiras (NSQ)</b> | <b>Linha de Base</b> |          |
|---------------------------------------------------------|----------------------|----------|
|                                                         | <b>Mediana</b>       | <b>N</b> |
| Domínio de confiança do NSQ                             | 10.00 (3.26)/12      | 11       |
| Domínio de técnicas específicas do NSQ                  |                      |          |
| Frequência:                                             |                      |          |
| Total de positivos                                      | 63.92 (6.07)/63      | 12       |
| Elogios e incentivos                                    | 25.92 (3.00)/26      | 12       |
| Estratégias proativas                                   | 23.25 (3.12)/24      | 12       |
| Configuração de limite                                  | 14.75 (2.14)/15      | 12       |
| Estratégias inadequadas                                 | 12.58 (2.68)/12      | 12       |
| Utilidade:                                              |                      |          |
| Total de positivos                                      | 60.42 (10.06)/64     | 12       |
| Elogios e incentivos                                    | 25.92 (4.83)/28      | 12       |
| Estratégias proativas                                   | 21.67 (3.73)/23      | 12       |
| Configuração de limite                                  | 12.83 (2.62)/13      | 12       |
| Estratégias inadequadas                                 | 13.64 (2.34)/14      | 11       |
| Trabalhando com o domínio de frequência dos pais        | 28.67 (3.75)/29      | 12       |

**Tabela 2**

*Estatísticas da Linha de Base da Codificação de Interação Diádica entre pais e filhos Revisado (DPICS-R).*

*(Tabela adaptada de Tucker, 2008, p. 82, Tabela 5).*

| Codificação de Interação Diádica entre pais e filhos Revisado (DPICS-R) | Linha de Base    |    |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|----|
|                                                                         | Mediana          | N  |
| Participante positivo declarações verbais                               | 4.65 (1.64)/4.59 | 12 |
| Participante negativo declarações verbais                               | .128 (.160)/.033 | 12 |
| Participante positivo comportamentos não verbais                        | 1.10 (.564)/1.07 | 12 |
| Participante negativo comportamentos não verbais                        | 00.00            | 12 |
| Comandos do participante                                                | 1.43 (.947)/1.22 | 12 |

## Descrição da intervenção

O programa padronizado de treinamento aos pais/professores (SP/TTP) foi oferecido durante 3 dias, onde todos tinham uma participação altamente ativa, com o objetivo de aprender os princípios e habilidades do programa. Sendo assim, os enfermeiros participaram seguindo um papel de pai/responsável da criança, ou seja, assistiram vídeos, fizeram dramatizações, receberam tarefas de leituras e foram envolvidos no diálogo contínuo com o formador; além de assistirem vídeos de grupos de pais em sessão. O formador adaptou o workshop e discussões para simular a criança e o adolescente no cenário psiquiátrico.

Os enfermeiros também realizaram o Questionário de Estratégias de enfermeiras (NSQ), incluindo perguntas em relação à confiança geral no manejo do comportamento infantil, além de colocarem a frequência em que usaram técnicas específicas de gestão com as crianças (por

exemplo, comentar sobre o bom comportamento, usar restrições físicas, use o redirecionamento verbal para a criança que está desengajado, usa a estratégia de resolução de problemas e dá direção positiva clara) e que acharam essas técnicas úteis. Além de preencherem a frequência com que eles trabalham com os pais.

As habilidades de gerenciamento de crianças participantes foram medidas durante uma sessão de brincadeira de 15 minutos entre enfermeira e criança usando a codificação de interação diádica entre pais e filhos Revisado pelo Sistema (DPICS-R).

Ademais, três ferramentas de avaliação diferentes foram completadas por participantes que participaram do workshop de 3 dias. Primeiro, após cada um dos 3 dias, os participantes completaram a Ferramenta de Avaliação de Treinamento de Líder de Grupo de Pais. Segundo, no último dia de workshop, os participantes completaram o Avaliação do Workshop de Treinamento de Líderes de Grupo de Pais, uma avaliação geral do programa.

O terceiro questionário, Incredible Years Training Oficina de Perguntas Pós-Treinamento, foi desenvolvido por pesquisadores e pediu aos participantes (a) que avaliassem o viabilidade e aceitabilidade do programa padronizado de treinamento de pais/professores (SP/TTP), (b) o que mudaram em sua prática por causa do treinamento em termos de trabalho com crianças e pais, (c) se eles recomendariam o treinamento para outros enfermeiros da ICAPU, e (d) se sua satisfação no trabalho mudou por causa do treinamento. Além disso, eles foram questionados sobre barreiras e facilitadores para uso em suas configurações.

## **Resultados**

Os achados do estudo indicam mudanças significativas na frequência auto referida pelos enfermeiros no uso de elogios, recompensas e trabalhar com os pais após o treinamento oficina. Embora as mudanças autorrelatadas sejam importantes o suficiente para capacitar os enfermeiros com estratégias baseadas em evidências para gerenciar o comportamento das crianças, essas mudanças foram substancialmente reforçadas por mudanças nos comportamentos reais dos enfermeiros diretamente observado por um codificador cego de interações gravadas em vídeo com crianças pequenas. Essas mudanças de perto se alinham aos objetivos e a intervenção do workshop. Mesmo os domínios auto relatados que não atingiram significância estatística, todos alteraram nas direções hipotéticas. Além disso, os enfermeiros em geral tiveram comentários narrativos sobre a viabilidade, aceitabilidade, e sua satisfação altamente favoráveis à oficina de treinamento.



WWW.WALDEN4.COM.BR

# iW4 Livros

Leia livros on-line sobre Análise do Comportamento  
publicados pela Editora do Instituto Walden4

[Clique aqui para conhecer mais](#)

## **Referência 4. Compreendendo e cuidando das crianças com a Síndrome de Asperger.**

Gardner, M.R. (2001). Understanding and caring for the child with Asperger syndrome. *Journal of School Nursing*, 17(4), 178-184.

### **Dados do participante**

Uma criança de 6 anos chamada Robbie com diagnóstico da Síndrome de Asperger, e seus pais, professores e funcionários da escola.

### **Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração**

Comportamentos-alvo:

- 1) Interação social prejudicada: Relacionada a alteração do processo de pensamento (preocupação atípica com ou perseverança no presidentes);
- 2) Risco de lesão: birra;
- 3) Risco de solidão;
- 4) Comunicação alterada: Relacionada a incapacidade de interpretar as sutilezas da linguagem;
- 5) Enfrentamento familiar: potencial para crescimento;
- 6) Complicação potencial: Efeitos adversos da terapia medicamentos;
- 7) Déficit de conhecimento: manifestações do transtorno, efeitos terapêuticos e adversos

Forma de mensuração:

- Estudo de caso

### **Objetivo da pesquisa**

Tem como objetivo apresentar um estudo de caso destacando as características da Síndrome de Asperger e uma relação individualizada do plano de saúde escolar demonstrando o papel da enfermeira escolar na educação da família e da equipe, monitorando às comorbidades, o manejo comportamental, o manejo de medicamentos, o apoio a família e membros. O estudo de caso tem como objetivo principal montar uma intervenção individualizada, sem colocar em prática estas, nem apresentar os resultados.

## **Objetivo da intervenção**

Objetivos das intervenções realizadas para cada comportamento-alvo (seguinte a numeração já definida):

- 1) O aluno irá: Mostrar sinais de prazer ao socializar, Aumentar a frequência de interações não perseverativas em 50% até o final do ano na escola.
- 2) O aluno irá: Diminuir a frequência geral de birra em 25% em 3 meses e 50% em 6 meses. Não experimentando lesões relacionadas à birra
- 3) O aluno irá: Não demonstrar sinais de sofrimento emocional
- 4) O aluno irá: Demonstrar compreensão das mensagens, Expressar suas necessidade
- 5) Os membros da família irão: Procurar ajuda conforme necessário, Desenvolver estratégias para lidar com situações relacionadas à deficiência de Robbie, Normalizar a vida familiar para incorporar às necessidades especiais de Robbie, continuando a atender suas próprias necessidades.
- 6) O aluno irá: Demonstrar diminuição da frequência de comportamentos desatentos, Estar sem sinais de efeitos adversos de medicamentos.
- 7) Pais, professores e funcionários irão: Demonstrar conhecimento necessário do transtorno e o tratamento de Robbie.

## **Nomes dos procedimentos de ensino utilizados**

Fornecimento de feedback, reforço positivo, entre outras múltiplas técnicas.

## **Descrição da intervenção**

Descrições das intervenções realizadas para cada comportamento-alvo (seguinte a numeração já definida):

### 1) Domínio comportamental

1. Incorporar o sistema de modificação de comportamento usado na sala de aula de Robbie: adesivos para interações apropriadas observadas enquanto em estado de saúde de escritório (por exemplo, contato visual, afeto apropriado, interações relacionadas)
2. Dê feedback verbal positivo para o comportamento social que não envolvam os temas que preocupam dele. Emparelhe Robbie com outra criança para visitas ao posto de saúde para aumentar as opções de oportunidades de socialização.

## 2) Domínio de segurança

1. Monitore o padrão de birra de Robbie para fatores precipitantes da mina.
2. Peça ao pessoal da sala de aula para preparar Robbie para como sair da sala de aula para visitar a enfermeira.
3. Explique claramente as regras, comportamentos esperados e consequências dos comportamentos. Use consistência na adesão ao plano de gestão comportamental.
4. Instrua o pessoal da sala de aula em resposta a birras:
  - A. Não tente moderar.
  - B. Mantenha um comportamento calmo.
  - C. Garanta a segurança.
  - D. Ignore, se possível, até que a birra termine.
  - E. Fornecer reforço positivo para o comportamento desejado .
5. Use o posto de saúde como área segura para “refrescos” quando o pessoal da sala de aula sente que Robbie está começando perder o controle
6. Fornecer uma abordagem estruturada e calma na enfermaria.
7. Registre a frequência das birras. Peça aos pais para registrar frequência em casa.
8. Encaminhe ao psicólogo escolar se não melhorar.

## 3) Domínio comportamental: Enfrentamento

1. Consulte os professores sobre comportamentos sociais exibidos.
2. Observe Robbie periodicamente na aula e jogue situações de integração social.
3. Monitore as mudanças de comportamento consistentes com sintomas depressivos, solidão, necessidade de atenção ou outras questões.
4. Encaminhe os pais para a Divisão Estadual de Desenvolvimento de Deficiências Mentais.
5. Apoiar e orientar os pais na busca de amigos e atividades para Robbie.
6. Encaminhe ao psicólogo se necessário.

## 4) Domínio comportamental: Comunicação

1. Use uma linguagem concreta com Robbie; evitar sarcasmo ou provocação.
2. Explique claramente as regras e comportamentos esperados, e use uma abordagem consistente na aplicação desses.
3. Aponte significados não verbais de gestos, expressões sociais (“Eu vejo que você está sorrindo hoje. Você está se sentindo feliz?”).
4. Verifique se Robbie compreende o que é dito para ele.
5. Reforce as interações recíprocas apropriadas.

#### 5) Domínio da Família

1. Participar das reuniões de Educação Individualizada para pais e funcionários do planejamento do Plano Educacional.
2. Forneça feedback consistente sobre o progresso de Robbie.
3. Use a escuta sem julgamento para permitir que os pais e irmão expressem sentimentos.
4. Discuta situações que os pais ou outros membros da família acham difícil de manejar, e ensinam estratégias de enfrentamento.
5. Fornecer orientação antecipada em relação às questões dos irmãos.
6. Garantir que todos os membros da família tenham informações sobre a síndrome de Asperger.
7. Treine os pais em como explicar a condição de Robbie para os outros.
8. Incentive os pais a continuarem a atender suas necessidades de desenvolvimento, sociais e emocionais.
9. Encaminhe os pais para o grupo de suporte à síndrome de Asperger
10. Encaminhe a família, se necessário, ao terapeuta familiar com problemas de deficiência de desenvolvimento.

#### 6) Domínio fisiológico: gerenciamento de medicamentos

1. Determinar evidências de atividade motora, diminuição da impulsividade, aumento da atenção e foco, melhor socialização.
2. Registre a frequência dos comportamentos-alvo e compare com a linha de base.

3. Fornecer feedback dos pais sobre o comportamento - alterações e efeitos terapêuticos.

4. Avaliar o conhecimento da família sobre os efeitos adversos de medicamentos. Ensinar, esclarecer e reforçar.

5. Instruir os funcionários da sala de aula sobre os efeitos adversos dos medicamentos defeitos a serem relatados.

6. Consultar a família sobre alterações de apetite; monitorar padrões alimentares; sugerir lanches densos em calorias se o apetite estiver diminuído; monitorar altura e peso periodicamente; consultar para perda de peso ou estagnação do crescimento.

#### 7) Domínio do sistema de saúde

1. Encaminhar familiares e funcionários para recursos de autismo e Asperger.

2. Desenvolva uma lista de provedores que possuem conhecimento sobre a síndrome de Asperger, use como referência fonte.

3. Avaliar a compreensão da família sobre o transtorno; ensinar, esclarecer e reforçar.

4. Forneça treinamento de pessoal.

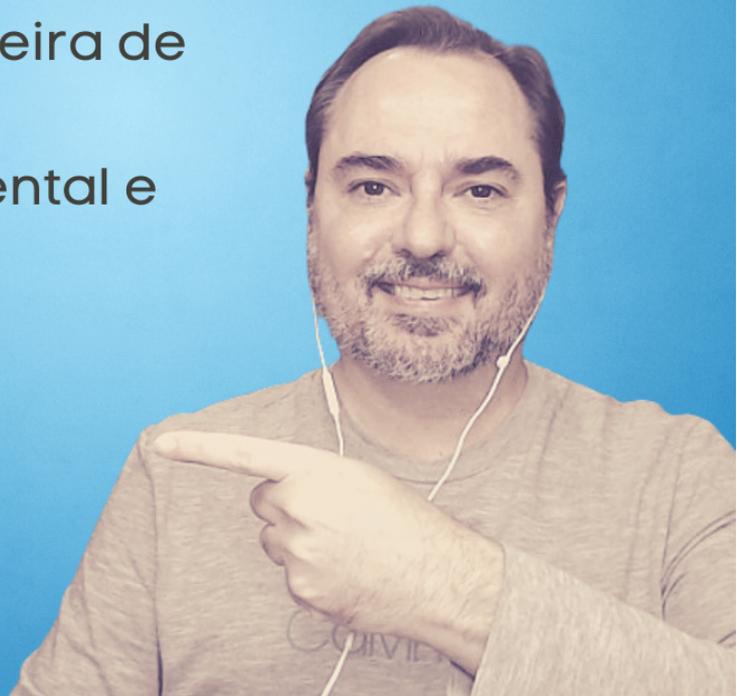
## **Resultados**

Os autores descrevem as possíveis intervenções para o estudo de caso apresentado, entretanto, não dedicam o artigo para a aplicação de tais estratégias. Portanto, não possuem resultados descritos, além das reflexões sobre a Síndrome de Asperger, seus comportamentos mais frequentes, recursos utilizados e as famílias impactadas por essa síndrome.

# O que @s psicólog@s cientistas andam estudando?

Episódio #4

Revista Brasileira de  
Terapia  
Comportamental e  
Cognitiva



Quer saber quais são as publicações mais recentes em periódicos científicos? Acompanhe o programa "O que os psicólogos cientistas andam estudando", apresentado pelo Prof. Márcio Moreira gratuitamente no Youtube:

[Clique aqui para assistir](#)

## **Referência 5: Cuidando da criança com transtorno do espectro autista no cenário de cuidados agudos.**

Scarpinato, N., Bradley, J., Kurbjun, K., Bateman, X., Holtzer, B., & Ely, B. (2010). Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(3), 244-254.

### **Dados do participante**

A fim de melhor organizar esta descrição, os dados do participante, diferentemente das descrições anteriores, serão abordados no tópico de descrição da intervenção.

### **Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração**

Os comportamentos-alvo foram sendo percebidos e definidos de acordo com as necessidades apresentadas por cada criança no ambiente hospitalar.

### **Objetivo da pesquisa**

Este artigo explora os desafios que pacientes com transtorno do espectro autista (TEA) enfrentam quando hospitalizados e fornece estratégias de avaliação e sugestões de planos de cuidados para cuidadores da enfermagem.

### **Objetivo da intervenção**

Tornar o ambiente hospitalar mais adequado às necessidades individuais de cada criança com TEA.

### **Nomes dos procedimentos de ensino utilizados**

Os autores pontuam algumas estratégias de avaliação para orientar os cuidados da criança TEA no ambiente hospitalar, sendo elas:

- Determinar o nível de desenvolvimento do paciente; considerar nível de escolaridade e desempenho escolar
- Determinar o nível de distúrbios somatosensoriais (hipersensibilidade a sons, cheiros, toques, texturas)

- Determinar distúrbios emocionais (facilmente frustrado, mau humor, facilmente superestimulado)
- Determinar as intervenções que funcionaram para este paciente no passado
- Discutir técnicas de comunicação eficazes. Por exemplo, imagens podem precisar ser usadas em vez de palavras para mostrar à criança o que vai acontecer.

Além de selecionarem Questões de Avaliação Inicial Pertinentes à Criança hospitalizada com TEA como estratégias de planejamento para ajudar na prestação de cuidados, como vistos a seguir:

Habilidades sociais prejudicadas:

- Como essa criança tolera novos rostos?
- Como esta criança reage a outras crianças da sua idade? E aos adultos?
- Esta criança é sensível ao toque? Sensível ao ruído?
- Qual é o conforto desta criança com o espaço pessoal?
- Qual é a melhor maneira de abordar esta criança (por exemplo, tocar ou ficar para trás)?

Deficiência na comunicação

- Como esta criança se comunica? Verbalmente? Não verbalmente?
- Ele/ela requer o uso de cartões de imagem, escrita ou desenho?
- Ele/ela se sente desconfortável com contato visual e prefere se comunicar com você por meios alternativos? Por exemplo, um paciente adolescente pode se sentir mais comunicação confortável via mensagem de texto do que palavra falada.
- Ele/ela é capaz de entender os sinais emocionais?
- Como esta criança relata ou demonstra dor?

Interesses restritos/comportamentos estereotipados

- Existem itens de fixação para esta criança? Se sim, como a família administra isso?
- Quais são algumas coisas que potencialmente agitam essa criança?

Pense especialmente no ambiente hospitalar atual.

- Que sinais de alerta precoces podem indicar que esta criança está ficando agitada?
- Quando esta criança fica agitada ou superestimulada, quais são as intervenções que funcionam melhor?

#### Inflexibilidade/adesão à rotina

- Qual é a agenda dessa criança em casa? Quanto é possível que a agenda do hospital se assemelhe a agenda domiciliar da criança?
- Como posso preparar melhor esta criança para qualquer transição (por exemplo, uma mudança de quarto ou preparação para um teste)?
- O que a família ou escola fez que ajuda com as transições?

### **Nível operante do comportamento-alvo (dados de linha de base).**

A fim de melhor organizar esta descrição, os dados do nível operante dos comportamentos-alvo serão abordados no tópico de descrição da intervenção.

### **Descrição da intervenção**

#### Caso 1:

Em um ambiente de internação, uma criança não verbal de 6 anos com TEA foi admitida por falha de crescimento. Ele estava acompanhado por sua mãe, que permaneceu ao lado de sua cama para admissão inteira. No primeiro dia de internação, toda a equipe de estudantes de medicina, enfermeiros, residentes e médicos chegou ao seu quarto para realizar rondas de cabeceira. Vendo esse grande grupo de adultos surgindo inesperadamente sobre seu quarto, a criança imediatamente ficou agitada. Ele tentou fugir e começou a bater agressivamente em sua mãe. A criança estava familiarizada com a enfermeira de cabeceira que ficou com ele e foi capaz de distraí-lo da presença da equipe. Isso permitiu que a mãe da criança participasse de rodadas, e a equipe planejou agendar um horário para com a mãe no dia seguinte e limitar o número de cuidadores entrando na sala.

Sendo assim, os comportamentos-alvo foram: agitação, comportamentos agressivos para com a sua mãe, além de tentar fugir ao se deparar com um grande número de cuidadores da saúde surgindo inesperadamente no seu quarto. Tendo como intervenções a familiarização com a enfermeira, presença da mãe durante os procedimentos e limitação do número de cuidadores entrando na sala.

#### Caso 2:

L.K. era uma criança de 10 anos com síndrome de Asperger internada para uma exacerbação da asma. Ele foi estabilizado no quarto tratamento com ar e a cada 2 horas com albuterol

quando a terapeuta o convidou para participar de uma atividade de arte na sala de jogos. Ir para a sala de jogos foi um pouco desafiador para L.K. Ele queria participar de atividades lá, mas inicialmente não iria se outras crianças estivessem lá. Depois de algumas visitas à sala de jogos, ele indicou querer tentar estar lá quando outras crianças estavam presentes.

Portanto, o comportamento-alvo observado foi a recusa de entrar na sala de jogos com a presença de outras crianças, tendo como intervenção visitas constantes à sala de jogos, sendo que inicialmente a criança só entrava quando não havia mais ninguém lá, mas depois, ela ficou feliz em ir e participar, mas sua interação com os outros envolvia, principalmente, observá-los.

### Caso 3:

J.T. é um menino de 13 anos com transtorno de Asperger que deu entrada na unidade do adolescente com perda de peso recente, constipação e recusa em comer. Durante os 2 primeiros dias de sua internação, a enfermeira que cuidava dele lutou para se comunicar com ele. Ele era muitas vezes mudo, fazia pouco contato com os olhos, e não comia ou bebia mesmo com incentivo significativo. No dia 2 de admissão, a enfermeira notou que J.T. muitas vezes enviava mensagens de texto em seu telefone. A enfermeira e a mãe elaboraram um sistema pelo qual J. T. enviaria uma mensagem de texto para que seu responsável respondesse perguntas feitas pela enfermeira e a enfermeira responderia verbalmente. J.T. também poderia enviar perguntas por mensagem de texto para seu responsável e a enfermeira poderia então responder. Esta prática ajudou a superar algumas das barreiras de comunicação que a equipe enfrentou e não forçou J.T. a se comunicar em uma maneira com a qual não se sentia à vontade.

Com isso, foi observada uma dificuldade de comunicação entre a criança e a equipe médica. O paciente era muitas vezes mudo, fazia pouco contato com os olhos, e não comia ou bebia mesmo com incentivo significativo. Diante disso, a enfermeira e a mãe elaboraram um sistema pelo qual a criança enviaria uma mensagem de texto para que seu responsável respondesse perguntas feitas pela enfermeira e a enfermeira responderia verbalmente. A criança também poderia enviar perguntas por mensagem de texto para seu responsável e a enfermeira poderia então responder. Esta prática ajudou a superar algumas das barreiras de comunicação que a equipe enfrentou e não forçou a criança a se comunicar em uma maneira com a qual não se sentia à vontade.

### Caso 4:

Uma menina de 15 anos com autismo profundo, mutismo e atraso no desenvolvimento foi internada no hospital para avaliação da mudança no estado mental e cada vez mais comportamentos agressivos. Ela frequentemente batia sua cabeça na parede ou na cama, e batia ou agarrava sua mãe. Durante uma explosão em particular, enquanto a enfermeira conversava com a mãe da paciente descobriu que a menina tinha acabado de iniciar seu ciclo menstrual. A enfermeira suspeitou que alguns desses comportamentos eram uma expressão de dor provocada por cólicas menstruais. Depois de falar com o médico residente, a enfermeira come-

çou a administrar ibuprofeno com mais regularidade ao longo das 12 horas seguintes. As agressões da paciente começaram a diminuir, e enquanto a dor não era a única fonte de sua agitação, os incidentes de agressão tornaram-se menos intensos e frequentes.

#### Caso 5:

G.H. era um menino de 6 anos com diagnóstico de autismo. Ele foi internado em uma unidade médica pediátrica por possível infecção de sinusite. Ele se queixava de fortes dores de cabeça por mais de uma semana, e seus pais relataram um comportamento errático e incomum como resultado de seu desconforto. Na avaliação deste menino, a enfermeira registrada que admitia descobriu sua afinidade por desenhos animados na televisão. G.H. teve vários exames a serem submetidos para diagnosticar a causa de suas dores de cabeça, que apresentavam muitos desafios para ele. A equipe de saúde elaborou um plano para recompensar G.H. por completar estes testes/procedimentos necessários com tempos para assistir desenhos animados protegidos/ininterruptos. Esta parceria ajudou a ganhar a sua cooperação e a realizar os trabalhos necessários.

Tendo como comportamento-alvo a falta de cooperação para realizar os exames necessários no hospital, a equipe de saúde elaborou um plano para recompensar a criança por completar estes testes/procedimentos necessários com tempos para assistir desenhos animados protegidos/ininterruptos. Esta parceria ajudou a ganhar a sua cooperação e a realizar os trabalhos necessários.

#### Caso 6:

Um menino de 11 anos com autismo foi internado por constipação e desidratação. Ele tinha um histórico de agir fisicamente quando tocado inesperadamente. Sua condição clínica exigia um exame retal, um procedimento que certamente causaria algum desconforto ao paciente. Para minimizar a angústia do paciente e o risco de agressão, os pais e a equipe médica se reuniram com antecedência para elaborar um plano para a criança. A equipe concordou em pré-medicação a criança com um ansiolítico, e a equipe trabalhou em estreita colaboração com o pai e a criança para prepará-lo para o procedimento. A equipe também decidiu que o toque retal seria realizado na sala de tratamento para preservar a “segurança” do paciente e que um residente sênior que realizaria o procedimento ao invés de um estudante de medicina ou residente menos experiente. O procedimento foi feito de forma rápida e eficiente com a mãe da criança presente. Ele completou o exame sem agitação ou atuação física.

Levando em consideração, como comportamento-alvo, o histórico de agir fisicamente quando tocado inesperadamente e a fim de minimizar a angústia do paciente e o risco de agressão, os pais e a equipe médica se reuniram com antecedência para elaborar um plano para a criança. A equipe concordou em pré-medicação a criança com um ansiolítico, e a equipe trabalhou em estreita colaboração com o pai e a criança para prepará-lo para o procedimento. A equipe também decidiu que o toque retal seria realizado na sala de tratamento para preservar a “segurança” do paciente e que um residente sênior que realizaria o procedimento ao invés de um

estudante de medicina ou residente menos experiente. O procedimento foi feito de forma rápida e eficiente com a mãe da criança presente. Ele completou o exame sem agitação ou atuação física.

#### Caso 7:

R.J, um menino de 15 anos com TEA, foi diagnosticado com a doença de Crohn quando ele tinha 12 anos. Sua doença havia sido administrada bem em casa até o ano passado, quando teve cinco internações por surto de sintomas. A admissão mais recente ocorreu durante a noite após um período de 2 dias de vômitos e dor abdominal. Uma nova enfermeira o admitiu à unidade, desconhecendo seu diagnóstico de TEA, e não foi preparada para o nível de agitação R.J., tendo essa experiência durante a avaliação de admissão. Felizmente, o pai deste paciente sempre ficou com ele durante as internações e foi capaz de ajudar o paciente durante as transições. Ao revisar a difícil admissão com a enfermeira responsável, a mais nova enfermeira percebeu que precisava de mais informações sobre como o diagnóstico de TEA afetava os comportamentos desse paciente em particular. Depois de medicar a criança para a dor, ela pediu para que o pai se encontrasse com ela fora da sala para obter recomendações sobre como planejar seus cuidados. Para conhecer as necessidades únicas de R.J., ela aprendeu que essa criança era de alto funcionamento e cognitivamente consciente de sua dor e do manejo dela, mas obcecada em querer controlar sua dor com medicamentos. Com a contribuição do pai, a enfermeira desenvolveu um cronograma de horários para administração de medicamentos, procedimentos de enfermagem, refeições e qualquer procedimento, sendo planejados para as próximas 24 horas. Ela se certificou que R. J. tinha uma cópia ao lado de sua cama para que ele pudesse usar a agenda para controlar os horários de administração de medicação para a dor. R. J. também se saiu melhor com um quarto silencioso e um dos pais à beira do leito. Ele não se deu bem com uma equipe de médicos entrando em seu quarto e preferiu interagir com uma pessoa de cada vez. Os pais de R.J. sempre o preparavam com antecedência de tempo para qualquer mudança nas atividades de rotina. A enfermeira desenvolveu um plano de turno a turno para trabalhar com R.J. e coordenou uma equipe de atenção primária com a enfermeira responsável.

Considerando o nível alto de agitação e obsessão em controlar a dor com medicamentos, com a contribuição do pai, a enfermeira desenvolveu um cronograma de horários para administração de medicamentos, procedimentos de enfermagem, refeições e qualquer procedimento, sendo planejados para as próximas 24 horas. Ela se certificou que a criança tinha uma cópia ao lado de sua cama para que ele pudesse usar a agenda para controlar os horários de administração de medicação para a dor. A criança também se saiu melhor com um quarto silencioso e um dos pais à beira do leito. Ele não se deu bem com uma equipe de médicos entrando em seu quarto e preferiu interagir com uma pessoa de cada vez. Os pais da criança sempre o preparavam com antecedência de tempo para qualquer mudança nas atividades de rotina. A enfermeira desenvolveu um plano de turno a turno para trabalhar com a criança e coordenou uma equipe de atenção primária com a enfermeira responsável.

Caso 8:

H.A. era um jovem adolescente com habilidades limitadas de linguagem e compreensão. A equipe na unidade ajudou na configuração de um cronograma para sua rotina diária usando um programa de software chamado “Boardmaker” (DynaVox Mayer-Johnson, Pittsburgh, PA, EUA) para fazer *prompts* (ajuda) de imagem. Este cronograma visual foi muito eficaz em fornecer estrutura para seu dia e com transições para outras atividades. A equipe poderia apontar para a imagem de uma escova de dentes e pasta de dente enquanto eles lhe disseram: “Primeiro você escova os dentes. Então você terá tempo de computador” enquanto apontavam para a foto de um computador. A cooperação da H.A. melhorou significativamente com essa abordagem porque era clara, concisa e previsível.

Os comportamentos-alvo foram as habilidades limitadas de linguagem e compreensão. Portanto, a equipe na unidade ajudou na configuração de um cronograma para a rotina diária da criança usando um programa de software chamado “Boardmaker” (DynaVox Mayer-Johnson, Pittsburgh, PA, EUA) para fazer *prompts* (ajuda) de imagem. Este cronograma visual foi muito eficaz em fornecer estrutura para seu dia e com transições para outras atividades. A equipe poderia apontar para a imagem de uma escova de dentes e pasta de dente enquanto eles lhe disseram: “Primeiro você escova os dentes. Então você terá tempo de computador” enquanto apontavam para a foto de um computador. A cooperação da criança melhorou significativamente com essa abordagem porque era clara, concisa e previsível.

Caso 9:

Um menino de 11 anos com síndrome de Asperger foi hospitalizado por um abscesso craniano que exigiu evacuação cirúrgica. A incisão cirúrgica em sua cabeça foi fechada com grampos. Quando a criança tinha curado o suficiente para os grampos serem removidos, o residente de neurocirurgia chegou uma manhã e disse a ele que ia remover os grampos da época. O neurocirurgião começou a tentar trabalhar nos grampos enquanto o paciente se debatia, ele se afastou do médico e gritou: “Eu não consenti com isso! Eu não consenti com isso!” O CLS estava perto de seu quarto na hora e rapidamente entrou para ver o que estava acontecendo. Ela foi capaz de puxar o neurocirurgião de lado e explicar que esse menino precisava de muita preparação se quisesse cumprir a tarefa de remover os grampos. O CLS passou um tempo com o paciente naquele dia para explicar o que precisava ser feito e como os grampos seriam removidos. Ele estava muito interessado em detalhes sobre o que ele sentiria. Ele queria saber como ele sentiria a ferramenta em sua cabeça e como seria quando os grampos se soltassem. O CLS manteve a explicação tão simples quanto possível usando descrições como: frio, pressão, um puxão, puxando sua pele. Após a explicação inicial, o paciente passou por momentos de ansiedade sobre o procedimento. Nada poderia distraí-lo de pensar sobre isso. Ele pensava obsessivamente sobre isso, mas também conseguia perceber que estava fazendo isso. Ele queria agradar os outros e estava preocupado/ansioso de não se sair “bem o suficiente”. Na manhã seguinte, o procedimento foi efetivamente realizado com o CLS presente para oferecer suporte, orientação e elogio.

Diante o comportamento-alvo de angústia para compreender os procedimentos médicos a serem realizados, a enfermeira passou um tempo com o paciente naquele dia para explicar o que precisava ser feito e como os grampos seriam removidos. Ele estava muito interessado em detalhes sobre o que ele sentiria. Ele queria saber como ele sentiria a ferramenta em sua cabeça e como seria quando os grampos se soltassem. A enfermeira manteve a explicação tão simples quanto possível usando descrições como: frio, pressão, um puxão, puxando sua pele. Após a explicação inicial, o paciente passou por momentos de ansiedade sobre o procedimento. Nada poderia distraí-lo de pensar sobre isso. Ele pensava obsessivamente sobre isso, mas também conseguia perceber que estava fazendo isso. Ele queria agradar os outros e estava preocupado/ansioso de não se sair “bem o suficiente”. Na manhã seguinte, o procedimento foi efetivamente realizado com a enfermeira presente para oferecer suporte, orientação e elogio.

## **Resultados**

Os autores descrevem as possíveis intervenções para os estudos de caso apresentados, e, em alguns deles, os resultados são brevemente comentados, sendo que nestes é possível observar consequências positivas. Entretanto, o texto não apresenta um compilado de resultados descritos, apenas reflexões sobre a criança com TEA no ambiente hospitalar.

Diante os aspectos pontuados durante o texto, é visível que, apesar de existirem sugestões de estratégias para lidar com comportamentos desafiadores de crianças autistas dentro do ambiente hospitalar, estas ainda precisam ser completamente individualizadas. Cada criança dentro do espectro apresentará comportamentos, necessidades e interesses individuais, sendo assim, essencial o planejamento de intervenções únicas.

# CLÍNICA DE PSICOLOGIA

Instituto Walden4

presencial & online



[Clique aqui para acessar o nosso site](#)

## **Referência 6. Usando agendas de fotos em ambientes médicos para pacientes com transtorno do espectro do autismo.**

Chebuhar, A., McCarthy, A.M., Bosch, J., & Baker, S. (2012). Using picture schedules in medical settings for patients with an autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Nursing*. [Epub ahead of print.]

### **Dados do participante**

Membros da equipe de unidades da Universidade de Iowa Hospitais e Clínicas foram treinados para utilizar os horários. As unidades clínicas participantes incluíram a Especialidade Pediátrica Clínica e Centro de Deficiência e Desenvolvimento. A equipe treinada para usar os esquemas de agendas de fotos incluía médicos, enfermeiras, especialistas em vida infantil, assistentes médicos e estudantes. Seis enfermeiras, um especialista em vida infantil e um médico assistente de quatro unidades clínicas, juntamente com nove pais/cuidadores, participaram. Esta amostra de conveniência de 17 participantes foi obtida ao longo de um período de 6 meses.

### **Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração**

Os comportamentos-alvo estão relacionados a dificuldade tanto da equipe hospitalar quanto dos pacientes com TEA para compreender a agenda adequada para eles, sendo assim proposto uma mediação de cronograma por imagens.

### **Objetivo da pesquisa**

Este artigo descreveu um teste piloto do projeto de agendas de fotos a partir de imagens para crianças com autismo em um hospital terciário.

Especificamente, este estudo descritivo de viabilidade procurou responder estas perguntas:

1. As agendas de fotos diminuem os comportamentos desadaptativos e aliviam a angústia em indivíduos com autismo em configurações médicas?
2. Os pais/cuidadores sentem menos angústia quando a foto dos horários estão disponíveis para seu filho em ambientes médicos?
3. O uso de cronogramas de imagens é viável dentro da área médica?

### **Objetivo da intervenção**

Foi observado pela equipe médica de um grande centro a necessidade de tornar as visitas médicas mais toleráveis para crianças e adultos com autismo. Trabalhando com especialistas em autismo, foi sugerido que os profissionais de saúde podem cuidar melhor de pacientes com autismo usando imagens para informá-los do que é esperado, que, por sua vez, poderia aliviar a ansiedade. Em seguida, esses esquemas de imagens foram avaliados como para (a) se os pais e a equipe sentiram que os horários das imagens aliviavam os comportamentos desadaptativos das pessoas autistas e; (b) se parecia viável usar esquemas de imagens em ambientes médicos.

## **Nomes dos procedimentos de ensino utilizados**

Para avaliar o uso de esquema de imagens no ambiente hospitalar, foram desenvolvidos dois questionários, um para os pais e o outro para o pessoal de saúde. As pesquisas pediram ao provedor ou pai para avaliar o nível de angústia da criança, com base em comportamentos observados durante o procedimento ou tarefa. Cada questionários consistia em cinco ou seis perguntas, dependendo se o participante era da equipe ou um pai, que avaliou o comportamento desadaptativo da criança bem como o nível de conforto do participante. As pesquisas também continham perguntas para avaliar a viabilidade de usar cronograma de imagens em um ambiente médico.

Cada questão foi avaliada em um escala Likert de sete pontos, variando de “nem um pouco/nunca/não disposto” a “muito eficaz/sim/frequentemente/muito disposto”. As pesquisas também incluíram o local/unidade em que os dados foram recolhidos, a data, a idade da criança usando o cronograma de imagem, o sexo da criança, e para as pesquisas de pessoal, o papel da equipe (médico, RN, especialista em vida infantil, estudante, outro).

Alguns autores foram criadores dos cronogramas por imagens utilizados para cada criança. Estes continham 4 a 6 imagens da rotina hospitalar dessa criança organizadas da esquerda para direita, sendo apresentadas para criança de acordo com os procedimentos que ela realizaria. Essas imagens foram plastificadas e tinham um velcro atrás para que pudessem ser movidas com facilidade na base do cronograma.

## **Descrição da intervenção**

## Figura 1

*Exemplo Criado pela Autora de Agenda de Fotos da Criança*

### AGENDA DA CRIANÇA



As unidades clínicas participantes deste projeto piloto incluiu a Clínica de Especialidades Médicas, Odontopediatria Clínica, Laboratório de Especialidades Pediátricas, Ambulatório de Cirurgia, Unidades Psiquiátricas e Centro de Deficiência e Desenvolvimento. Os funcionários de cada uma dessas unidades foram treinados em autismo e como usar os horários de imagem. Durante estas sessões de formação, os funcionários foram informados sobre este estudo de viabilidade e instruídos sobre o seu papel na obtenção de dados. Cada unidade recebeu caixas de sequências de imagens relevantes para as áreas e placas específicas para fixar as sequências de imagens. Além disso, pacotes de pesquisas de avaliação ficaram com os suprimentos da agenda de fotos. A equipe foi instruída a usar a agenda de fotos durante a visita se os pais/responsáveis concordassem.

No momento da consulta médica, os pais/cuidadores de crianças com autismo foram conscientizados que uma agenda de fotos estava disponível. Se o pai desejasse usar a agenda de fotos, o membro da equipe explicava o estudo e perguntava se eles concordariam em preencher um questionário no final da nomeação. Depois da consulta médica, a equipe que cuida da criança pedia ao pai/cuidador para preencher a pesquisa de avaliação e também sua própria pesquisa. Os questionários preenchidos foram enviados para o pesquisador principal.

## Resultados

A pesquisa obteve bons resultados, com 87,5% dos funcionários e 77,8% dos pais/cuidadores sentindo que os horários de fotos diminuíram os comportamentos ansiosos da criança. Tendo

apenas um funcionário sentindo que os cronogramas de imagens não foram eficazes. Além disso, 87,5% da equipe e 88,9% dos pais/cuidadores achavam que o paciente apresentava menos sofrimento. Um dos funcionários achou que o uso de esquemas de imagens não diminuiu os comportamentos de angústia da criança e um dos pais não tinha certeza. A maioria dos pais/cuidadores (77,8%) acharam que a intervenção ajudou

tornar a experiência geral mais tolerável para seu filho. Os pais/cuidadores também indicaram que sua própria ansiedade foi reduzida pela disponibilidade dos horários das imagens. Dos pais/cuidadores que responderam, 77,8% sentiram menos angústia por ter os horários de fotos disponíveis para o filho; e 50% indicaram que sua ansiedade em retornar para consultas de acompanhamento foi aliviada por saber que os horários de imagens são usados. Todos os pais/cuidadores relataram que a criança havia usado esquemas de imagens em outros ambientes.

A equipe de saúde indicou que o uso de horários de imagens em suas respectivas configurações é muito viável. Do pessoal, 75% acredita que o uso das agendas de imagens torna mais fácil completar a tarefa ou procedimento; e 100% dos membros da equipe pesquisada estavam muito dispostos a usar cronograma de imagens. Além disso, o treinamento recebido sobre autismo e trabalhar com pacientes com autismo foi muito útil para 100% da equipe pesquisada. Os únicos comentários escritos sobre as pesquisas eram de pais. Estes também indicaram que os cronogramas de imagem são usados frequentemente fora dos ambientes médicos. Um dos pais escreveu: “Usamos símbolos de imagem diariamente nas atividades.” Outro pai escreveu: “Trazemos o nosso próprio há anos, além de usar histórias sociais para consultas médicas.

## **Referência 7. Autismo: desenvolvendo uma estratégia de enfermagem para prevenir a discriminação.**

Aylott, J. (2004). Autism: Developing a strategy for nursing to prevent discrimination. *British Journal of Nursing*, 13(14), 828-833.

### **Ressalva**

Para a descrição deste artigo, verificou-se importante a mudança de estrutura de texto devido a como o mesmo é apresentado em seu original. Portanto, apenas para esta referência, a descrição não será dividida nos mesmos tópicos vistos anteriormente.

### **Descrição**

O artigo tem como objetivo explorar as implicações práticas e delinear como os enfermeiros podem desenvolver a sua prática de forma que esteja em conformidade com a lei e garanta boas práticas de cuidados de saúde para as pessoas diagnosticadas dentro do espectro do autismo. Para isto, os autores trazem como base inicial a Lei de Discriminação de Deficiência (DDA) criada pela Comissão dos Direitos da Deficiência (RDC, 2002) em 1995.

Este é um documento para orientar as organizações na implementação e conformidade com a Lei. O Código cita diversas deficiências específicas, também reconhecendo algumas deficiências ocultas, mas, em nenhum momento, menciona-se pessoas com autismo. Segundo a definição feita pela DDA, autismo é uma deficiência oculta, ou seja, não é imediatamente claro sobre como a lei ajudará os enfermeiros a alterar sua prática para permitir às pessoas com autismo a plena inclusão e acesso aos cuidados de saúde.

O Código de Prática é trazido para lidar com os deveres colocados pela parte III da Lei, sobre os que fornecem bens, instalações ou serviços ao público e aqueles que vendem, alugam gestão ou gestão de instalações. A lei torna a discriminação ilegal para prestadores de serviços e outras pessoas em certas circunstâncias. Esta foi introduzida em três etapas:

- Desde 2 de Dezembro de 1996, é ilegal para prestadores de serviços tratar pessoas com deficiência menos favoravelmente por uma razão relacionada com sua incapacidade;
- Desde 1 de Outubro de 1996, os prestadores de serviços tiveram que fazer ajustes razoáveis para pessoas com deficiências, como o fornecimento de ajudas ou fazer mudanças na maneira como eles prestam seus serviços;

- A partir de 1 de Outubro de 2004, os prestadores de serviços podem ter que fazer outros ajustes razoáveis em relação às características físicas de suas instalações para superar as barreiras físicas de acesso.

Os dois principais temas da legislação são (1) garantir que “ajustes razoáveis” sejam feitos nos edifícios e serviços para permitir o acesso e (2) garantir que “tratamento menos favorável” não seja fornecido a pessoas com deficiência. Nesse sentido, o artigo que aqui está sendo descrito explorou como a lei se aplica e é relevante para pessoas com autismo e esboçou uma série de perguntas para fazer ao filho e filha ao considerar quais “ajustes razoáveis” podem ser feitos para permitir o acesso aos serviços de saúde.

Para tanto foi sugerida a utilização de tópicos, juntamente com a orientação do Código de Prática que descreve as seguintes etapas para um prestador de serviço considerar:

- Para garantir a inclusão de pessoas com deficiências, deve-se estabelecer uma política positiva nos serviços e comunicar todos os funcionários;
- Informar todos os funcionários que lidam com o público que é ilegal discriminar pessoas com deficiência;
- Treinar a equipe para entender que o prestador de serviços públicos, que atende pessoas com deficiência, tem a obrigação legal e o dever de trabalhar em ajustes razoáveis para estas pessoas;
- Monitoramento da implementação e da eficácia de tal política;
- Fornecer para todos os funcionários que trabalham com o público a conscientização sobre deficiências e treinamento de etiqueta para pessoas com deficiência.
- Abordar atos de discriminação de deficiência para a equipe como parte das regras/procedimentos disciplinares;
- Ter um procedimento de reclamações de clientes que seja fácil para pessoas com deficiências usarem;
- Consultoria com clientes e funcionários com deficiências;
- Analisar regularmente se os serviços são acessíveis para pessoas com deficiências;
- Rever regularmente a eficácia dos ajustes razoáveis feitos para pessoas com deficiência de acordo com a Lei e agindo nas descobertas dessas revisões, e;
- Fornecer treinamento regular para a equipe, o que é relevante para que os ajustes sejam feitos.

Em seguida, será apresentada uma figura criada pelos autores do artigo, traduzida e reorganizada a partir da figura 2 do Aylott (2004) página 831, em forma de tópicos pela autora desta monografia, com a funcionalidade de um checklist para ser utilizada com as pessoas com TEA hospitalizadas. Entretanto, é importante pontuar que este questionário poderá ser realizado tanto com a pessoa com TEA com funcionalidade cognitiva quanto com seus responsáveis. Também podendo ser necessário a expansão e/ou adaptação de linguagem para que possam ser mais facilmente compreendidos pela pessoa. Observe:

- Processamento de informações
  - Como as informações são melhor fornecidas a você?
  - Como seu estilo de processamento de informações muda quando você está ansioso? (por exemplo, em um novo ambiente ou quando novas pessoas vêm visitar você em casa)
  - Você acha que as imagens o ajudam a entender a sequência de eventos (o que vai acontecer e quando)?
  - Você acha útil a informação escrita em tópicos?
- Processamento sensorial

- Você tem alguma dificuldade especial de processamento sensorial? Visual? Ouvir?/Toque?/Movimento?/Olfato?/Sabor?
- O que você pode recomendar que façamos para ajudar a garantir que seus sentidos não fiquem sobrecarregados?
- **Ansiedade**
  - O que provavelmente fará você sentir “ansiedade” se exposto?
  - O que pode ser feito para diminuir sua ansiedade no ambiente hospitalar?
- **Interação social**
  - Até que ponto a enfermeira ou o médico devem chegar até você antes que isso seja provavelmente algo que te deixe desconfortável? Por favor, recomende como você gostaria de ser abordado.
- **Comunicação**
  - Como você se comunica?
  - Com palavras/sons/gestos não verbais/linguagem corporal?
  - Existem algumas palavras em particular que fazem com que você fique chateado ou ofendido?
  - Qual tom, ritmo e uso da linguagem é melhor usado?
- **Interesses especiais**
  - Você tem um interesse especial?
  - Se sim, o que é isso?
  - Você pode trazer algo para o hospital que possa diminuir sua ansiedade? (por exemplo, um vídeo favorito, livro, etc.)

Além disso, o Código de Prática afirma que o dever dos ajustes razoáveis é de ser melhor atendido pelo fornecedor de serviços, procurando antecipar os tipos de problemas que possam surgir e treinando seus funcionários para perguntar ao invés de agir sob suposições. Segue alguns fatores que podem ser levados em consideração ao acatar o que é razoável:

- Se tomar quaisquer medidas específicas seria eficaz na superação das dificuldades que pessoas com deficiências enfrentam no acesso aos serviços em questão;

- Até que ponto é praticável para o provedor de serviços tomar as medidas;
- Os custos financeiros e outros custos para fazer o ajuste;
- A extensão de qualquer perturbação que as medidas causariam;
- A extensão das finanças do prestadores de serviços e outros recursos;
- A quantidade de quaisquer recursos já gastos para realizar ajustes;
- A disponibilidade de recursos financeiros ou outras assistências.

Nesse sentido, fica claro que, a partir de outubro de 2004, nos EUA, quando alguma característica física torna impossível ou minimamente irreal para os cliente fazerem uso de serviços públicos, os prestadores de serviços tem que tomar medidas quando razoável para remover o recurso ou alterá-lo para que não tenha mais esse efeito, ou fornecer meios razoáveis para evitar a característica, ou fornecer um método alternativo razoável para disponibilizar o serviço para pessoas com deficiências (este dever está em vigor desde outubro de 1999, NOS EUA).

Conclui-se com este artigo que, embora existam obstáculos de disponibilidade de literatura para algumas pessoas da área de saúde, há grande parte de profissionais caminhando em direção a um objetivo de bem-estar de pessoas com TEA em ambientes, muitas vezes, aversivos, como hospitais.

## **Referência 8 (BÔNUS). Dexmedetomida para sedação processual em crianças com autismo e outros transtornos de comportamento.**

Lubisch, N., Proskos, R., & Berkenbosch, J.W. (2009). Dexmedetomidine for procedural sedation in children with autism and other behavior disorders. *Pediatric Neurology*, 41(2), 88-94.

### **Ressalva**

Nosso objetivo neste trabalho é reunir estratégias para facilitar o tratamento de pessoas com TEA inseridas em ambientes hospitalares, levando em consideração questões comportamentais (psicológicas). Esta última estratégia, no entanto, é medicamentosa e, embora não seja da alçada do psicólogo tais tipo de intervenção (são da medicina), julgamos relevante apresentar um exemplo de intervenção medicamentosa para conhecimento dos profissionais brasileiros dado a pouca literatura sobre o assunto em língua portuguesa. É de extrema importância reforçar que intervenções medicamentosas são de atribuição exclusiva de médicos e esta referência bônus é essencialmente com o objetivo de trazer maior conhecimento da questão.

### **Dados do participante**

No total, 315 pacientes do Hospital Infantil Chris Evert e Hospital Infantil Kosair foram sedados, mais comumente para ressonância magnética.

### **Definição dos comportamentos-alvo e forma de mensuração**

Dados demográficos e relacionados à sedação foram coletados, incluindo doses sedativas, tempo para sedação, eficácia e complicações. Comparação de doses sedativas, eficácia entre autismo e pacientes neurocomportamentais, e análises de fatores relacionados à idade foram realizadas.

### **Objetivo da pesquisa**

A dexmedetomidina tem sido cada vez mais usada para sedação em procedimentos não invasivos pediátricos. Este estudo retrospectivo teve como objetivo examinar a experiência de crianças com autismo e outros distúrbios neurocomportamentais em relação a dificuldades de serem sedadas. Registros de crianças com autismo ou distúrbios neurocomportamentais sedados com dexmedetomidina no Hospital Infantil Chris Evert e Hospital Infantil Kosair foram revisados.

### **Objetivo da intervenção**

O objetivo da intervenção é analisar a eficácia de sedação de pessoas com autismo e outros distúrbios neurocomportamentais com dexmedetomidina. Observando não apenas o momento da sedação, mas também o pós sedação, levando em consideração a experiência das crianças e de seus responsáveis.

## **Nomes dos procedimentos de ensino utilizados**

Os participantes foram identificados a partir de bancos de dados mantidos pelo serviço de sedação em cada hospital e seus prontuários foram revisados.

## **Descrição da intervenção**

Os dados demográficos foram coletados, incluindo idade do paciente, peso, diagnóstico subjacente e procedimento ou procedimentos realizados. Em relação à sedação, os dados coletados incluíram doses de dexmedetomidina (indução e manutenção), duração da indução (tempo desde o início do bolus de indução a uma profundidade de sedação adequada para iniciar o procedimento), duração da administração de dexmedetomidina, tempo de recuperação (tempo desde a descontinuação de dexmedetomidina até retornar à linha de base neurológica), uso de medicação adjuvante, sucesso da sedação (capacidade de completar o procedimento ou procedimentos desejados), padrões de recuperação (incluindo agitação relacionada à recuperação) e quaisquer outras complicações. Hipotensão e bradicardia foram definidas como > 30% diminuição da pressão arterial ou da frequência cardíaca em relação à linha de base.

Como parte de suas iniciativas de melhoria de qualidade, os fornecedores da Flórida Hospital haviam implementado um programa de rotina de acompanhamento telefônico com famílias de crianças que foram sedadas, para avaliar problemas pós-sedação e avaliar a satisfação dos pais com a experiência. Essa entrevista por telefone consistia em oito perguntas e ocorreu em até 24 horas após o encontro da sedação. A satisfação foi avaliada em uma escala de muito insatisfeito a muito satisfeito, com um pedido de comentários específicos. Para avaliar o efeito de uma alteração da sedação com pentobarbital e hidrato de cloral (isoladamente ou em combinação) à sedação com dexmedetomidina, uma comparação desses escores de satisfação foi realizada entre os 6 meses anteriores à introdução de dexmedetomidina (ou seja, a era do pentobarbital e hidrato de cloral) e a 6 meses após a introdução de dexmedetomidina.

## **Resultados**

A sedação foi obtida com dexmedetomidina isolada em 32 de 315 pacientes (10,2%) pacientes e 283 de 315 pacientes (89,8%), receberam midazolam adjuvante. Dois pacientes receberam dexmedetomidina imediatamente após falha na sedação com outros medicamentos (hidrato de cloral em um caso, e pentobarbital midazolam sódico em outro). Nove pacientes receberam dexmedetomidina oral (3,1 1,2 mg/kg), dos quais 8 receberam posteriormente dexmedetomidina intravenosa e 1 completou seu procedimento apenas com dexmedetomidina oral (5,6 mg/kg).

A dose de midazolam adjuvante variou, dependendo da via de administração: 0,08-0,09 mg/kg i.v. (n = 213), 0,45-0,20 mg/kg p.o. (n = 137), ou 0,30-0,16 mg/kg dentro. (n = 9). Dos 315 pacientes, 67 receberam midazolam tanto oral quanto intravenoso, e 3 o receberam tanto por via intra-nasal quanto intravenosa. O uso de midazolam não teve efeito sobre indução ou doses totais de dexmedetomidina. Três pacientes receberam sedação adicional com pentobarbital sódico (1,5-1,8 mg/kg i.v.).

O tempo médio de indução para todo o grupo foi de 7,8 - 3,5 minutos (variação, 2-20 minutos, mediana de 8 minutos). O tempo de indução foi de 10 minutos ou menos em 270 dos pacientes (85,7%) e foi menor no autismo do que no grupo neurocomportamental (7,8-4,1 vs 9,7-4,5 minutos, P = 0,03). O tempo médio de recuperação para todo o grupo foi de 47 - 27 minutos (intervalo, 5-165 minutos) e foi de 60 minutos ou menos em 229 pacientes (72,7%). O tempo de recuperação aumentou com o aumento da idade (P = 0,0006), mas foi independente da dose de dexmedetomidina, do tempo de sedação e do uso de midazolam.

## Discussão

O objetivo do presente trabalho foi: (a) identificar as informações básicas com base na literatura científica disponível sobre intervenções com pessoas com o diagnóstico de autismo no hospital, (b) produzir um conteúdo de forma didática que poderá ser utilizado em trabalhos futuros como base para um possível manual. Para tanto, nós fizemos o levantamento de revisões sistemáticas ou metanálises para análise e seleção de pesquisas que apresentem estratégias para lidar com o TEA no ambiente hospitalar. Após a leitura da revisão sistemática selecionada, foram elaboradas descrições breves, selecionando os tipos de estratégias, os procedimentos para aplicação das mesmas e apresentação dos resultados obtidos. De forma geral, encontramos e descrevemos 8 artigos.

Grande parte da literatura envolvendo o TEA é direcionada e relacionada a crianças, entretanto, dentro dos artigos selecionados neste documento, é visto uma diversidade de idades dos participantes, apresentando crianças, como também, adolescentes e adultos. Nesse sentido, é relevante pontuar que as estratégias descritas aqui podem ser utilizadas com qualquer público-alvo necessitando de algum auxílio similar aos descritos.

### Resumo das estratégias

Durante a produção deste documento, nos deparamos com várias possibilidades de estratégias para lidar com determinados comportamentos de pessoas com TEA dentro do hospital. Bultas (2016), Tucker (2008), Scarpinato (2010), Chebuhar (2012) e Aylott (2004) utilizaram diferentes questionários para facilitar o acesso a informações relevantes para colaborar com o paciente e sua família. Ainda nesse sentido de coletar dados, Lubisch (2009) procurou ter acesso a informações de banco de dados e prontuários dos pacientes.

Já Johnson (2012) utilizou-se de aulas online e conduzidos por instrutores para auxiliar os funcionários nessa relação com as pessoas com TEA e seus parentes. Além de trabalhar com estratégias proativas e reativas.

Enquanto isso, Gardner (2001) apresentou diferentes estratégias de intervenções voltadas para cada caso determinado apresentado, como, por exemplo, o trabalho com fornecimento de feedback, reforço positivo, entre outras múltiplas técnicas que foram utilizadas para mais de um caso. Também organizou uma familiarização com a equipe, possibilitando a presença do responsável durante alguns procedimentos e a limitação do número de cuidadores entrando na sala.

Além disso, Gardner (2001) conseguiu proporcionar a flexibilização com alguns componentes hospitalares, como facilitando a comunicação do paciente com a equipe por meio de mensagens de textos, onde o funcionário poderia ler e responder verbalmente. Também, em casos de necessidade, utilizou-se de medicação ansiolítica para ajudar na realização de procedimen-

tos. Isto após conversas tanto com a família, quanto com o paciente, caso possível. Sem esquecer da possibilidade de explicação detalhada dos procedimentos que seriam realizados para favorecer a tranquilidade e compreensão do paciente.

## **Divulgação de conhecimento científico e elaboração de manuais**

### **técnicos**

Com relação a produção de manuais, foi possível observar diante os materiais de Silva e Moreira (2021) e Cruz e Moreira (2021) que as intervenções para os comportamentos relacionados ao TEA são organizadas de uma maneira mais estruturada em termos de intervenções. O presente trabalho também procurou trazer a literatura sobre possíveis procedimentos, intervenções e sugestões que possam melhorar o atendimento de crianças com TEA no hospital, com as informações mais sistematizadas dentro da realidade.

Entretanto, diferentemente das intervenções descritas por da Silva e Moreira (2021) e Cruz e Moreira (2021), as intervenções para hospitais não foram derivadas de intervenções experimentais, mas sim, de estudos de caso ou de sugestões de estratégias. Inicialmente, a ideia era realizar uma estrutura literária mais similar aos autores citados, porém, diante das características dos artigos encontrados, se tornou inviável realizar de tal forma. Sendo assim, os autores deste trabalho optaram por construir um compilado de estratégias de atendimento a pessoas com o diagnóstico de TEA no ambiente hospitalar com uma base não experimental, mas continuando no eixo científico.

### **Obstáculos encontrados durante a produção do texto**

Diante aos obstáculos encontrados durante a produção do texto, foi visto que todos os artigos foram encontrados em inglês, o que torna o processo um pouco mais árduo e, além disso, houve uma grande dificuldade de encontrar uma literatura que ofereça intervenções comportamentais. O que foi encontrado e utilizado neste documento, em sua grande maioria, são textos com estratégias de enfrentamento e prevenção a comportamentos desafiadores. Embora este trabalho ainda seja considerado um bom conjunto de materiais e informações relevantes para profissionais que atuam com crianças diagnosticadas com TEA em ambientes hospitalares, não foi possível organizá-lo na estrutura de um manual que facilitasse ainda mais o entendimento dos profissionais.

Ademais, o presente estudo foi concebido para ser no seu formato final na apresentação de um livro. Por outro lado, foi construído como pré-requisito para a conclusão da disciplina de monografia, o qual possui uma estrutura de um projeto de pesquisa, seguindo-se da construção da monografia final. Sendo assim, levando em consideração a concepção inicial e os requisitos formais da disciplina e de seu produto final, algumas normas usuais para este tipo de trabalho, como às sequências longas de descrições de um mesmo artigo que não seriam ideais para um trabalho de monografia. Entretanto, foi produzido pressupondo um caráter didático e

o objetivo de ser um trabalho útil não apenas para profissionais experientes, mas também para os recém formados e que poderia se caracterizar como produto final em um livro. Consideramos assim, que estas sequências longas facilitam a maior compreensão do leitor sobre o tema e às formas de aplicação, atendendo um maior público.

## **Próximas pesquisas**

É importante ressaltar possibilidades para próximas pesquisas, com o objetivo de aprimorar mais o tema e a estrutura do trabalho. Portanto, sugere-se que futuramente, os autores organizem os materiais na forma de um manual, disponibilizando às informações de forma mais didática possível, possibilitando a aplicação, descrevendo o passo-a-passo dos procedimentos que devem ser efetuados.

Além do mais, seria muito interessante que o produto final das próximas pesquisas fosse averiguado por profissionais da área, com o objetivo de proporcionar a prática descrita no trabalho e a avaliação da eficácia das estratégias sugeridas.

## **Considerações finais**

Por fim, ressalta-se que o presente trabalho buscou contribuir para um olhar mais aprimorado às demandas que surgem para os profissionais em ambientes hospitalares quando entram em contato com uma pessoa diagnosticada com TEA. Estas questões necessitam de uma maior atenção, pois facilitam o bem-estar da pessoa autista em hospitais, além de beneficiar o processo tanto para os profissionais quanto para a família.

Para isso, o trabalho trouxe informações relevantes relacionadas ao assunto, como também, estratégias e instrumentos que se tornam facilitadores do processo. Há expectativa que este compilado de referências torne o acesso dos profissionais a estratégias, mais rápido e fácil, além de contribuir para a disseminação de um conhecimento científico que ainda é pouco propagado no Brasil.

## Referências bibliográficas

- Aman, M., Singh, N., Stewart, A., & Field, C. (1985). The aberrant behavior checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 485–491.
- American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist* 271 Copyright 2006 by the American Psychological Association. Vol. 61, No. 4, 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Autism Speaks. (2012). Blood draw tool kit. Retirado de [http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/106/709/autism\\_consumer.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/106/709/autism_consumer.pdf)
- Aylott, J. (2004). Autism: Developing a strategy for nursing to prevent discrimination. *British Journal of Nursing*, 13(14), 828-833. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.14.14308>
- Bal, V. H., Katz, T., Bishop, S. L., & Krasileva, K. (2016). Understanding definitions of minimally verbal across instruments: Evidence for subgroups within minimally verbal children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*., 57(12), 1424-1433. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12609>.
- Barboza, A. A. Silva, Á. J. M., Barros, R. da S., & Higbee, T. S. (2015). Efeitos de videomodelação instrucional sobre o desempenho de cuidadores na aplicação de programas de ensino a crianças diagnosticadas com autismo. *Acta Comportamentalia*, 23(4), 405–421. Retirado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/53794>
- Barlow, D. H., Boswell, J. F., & Thompson Hollands, J. (2013). Eysenck, Strupp, and 50 years of psychotherapy research: a personal perspective. *Psychotherapy*, 50(1), 77-87. <https://doi.org/10.1037/a0031096>
- Beard-Pfeuffer, M. (2008). Understanding the world of children with autism. *Europe PMC, RM*, 2, 40- 46.
- Blackwell, J., & Niederhauser, C. (2003). Diagnose and manage autistic children. *The Nurse Practitioner*, 28(6), 36-43. <https://doi.org/10.1097/00006205-200306000-00010>
- Blake, K. (2010). Spectrum disorders a new generation of complex patients. *The Pennsylvania Nurse*, 65(4), 9-11, 15.
- Browne, M. (2006). Communication with the child who has autism spectrum disorder: A practical introduction. *Paediatric Nursing*, 18(1), 14-17. <https://doi.org/10.7748/PAED2006.02.18.1.14.C1016>
- Bultas, M., McMillin, S., & Zand, D. (2016). Reducing Barriers to Care in the Office-Based Health Care Setting for Children With Autism. *National Association of Pediatric Nurse Practitioners*. Published by Elsevier Inc. All rights reserved. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.08.007>
- Bultas, M. (2012). The health care experiences of preschool children with autism. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), 460- 470. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.05.005>

- Carbone, P., Behl, D., Azor, V., & Murphy, N. (2010). The medical home for children with autism spectrum disorders: Parent and pediatrician perspectives. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 40, 317-324. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0874-5>
- Carbone, P., Farley, M., & Davis, T.E. (2010). Primary care for children with autism. *Am Fam Physician*, 15;81(4):453-60.
- Chebuhar, A., McCarthy, A.M., Bosch, J., & Baker, S. (2012). Using picture schedules in medical settings for patients with an autism spectrum disorder. *Journal of pediatric nursing*, 28 2, 125-34. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.05.004>
- Cruz & Moreira (2021). Autismo : estratégias científicas para lidar com comportamentos desafiadores. *Instituto Walden 4*.
- Debbaudt, D. (2009). Patients with autism and other high risks: A growing challenge for healthcare security. *Journal of Healthcare Protection Management*, 25(1), 14-26.
- Faro, K. C. A., Santos, R. B., Bosa, C. A. Wagner, A. & Silva, S. S. C. (2019). Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. *Psico* 50(2), 1-11. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.3008>
- Favero, M. A. B., Santos, M. A. (2005). Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistêmica da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 358-369. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000300010>
- Gabriels R. L., Agnew J. A., Beresford C., Morrow M. A., Mesibov G., & Wamboldt M. (2012). Improving Psychiatric Hospital Care for Pediatric Patients with Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disabilities. *Hindawi Publishing Corporation. Autism Research and Treatment*. <https://doi.org/10.1155/2012/685053>
- Galinat, K., Barcalow, K., & Krivda, B. (2005). Caring for children with autism in the school setting. *The Journal of School Nursing*, 21(4), 208-217. <https://doi.org/10.1177/105984050502100405>
- Gardner, M.R. (2001). Understanding and caring for the child with Asperger syndrome. *Journal of School Nursing*, 17(4), 178-184. <https://doi.org/10.1177/10598405010170040201>
- Girardi, A., Hancock-Johnson, E., Thomas, C., and Wallang, P. (2019). Assessing the Risk of Inpatient Violence in Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Mental Deficiency*, 47(4). <https://doi.org/10.29158/jaapl.003864-19>
- Golnik, A., & Maccabee-Ryaboy, N. (2010). Autism: Clinical pearls for primary care. *Contemporary Pediatrics*, 42-59.
- Gray, C. (1994). The new social story book. *Arlington, TX: Future Horizons*.
- Gray, D.E. (2002). ‘Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed’: Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health and Illness*, 24(96), 734-749. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00316>
- Guimarães, M.S., Martins, T.E., Keuffer, S.I., Costa, M.R., Lobato, J.L., Silva, A.J., Souza, C.B. & Barros, R.S. (2018). Treino de cuidadores para manejo de comportamentos inadequados de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(3), 40-53. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i3.1217>
- Guy, W. (Ed.). (1976). ECDEU assessment manual for psycho-pharmacology. *Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare*.
- Handen, B. L., Mazefsky, C. A., Gabriels, R. L., Pedersen, K. A., Wallace, M., & Siegel, M. (2018). Risk Factors for Self-injurious Behavior in an Inpatient Psychiatric Sample of Children with Au-

- tism Spectrum Disorder: A Naturalistic Observation Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(11):3678-3688.. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3460-2>
- Hellings, J., Nickel, E., Weckbaugh, M., McCarter, K., Mosier, M., & Schroeder, S. (2005). The overt aggression scale in outpatient youth with autistic disorder: Preliminary findings. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 17(1), 29-35. <https://doi.org/10.1176/jnp.17.1.29>
- Herring, S., Gray, J., Taffe, B., Sweeny, D., & Einfelf, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: Associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 874-882. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.2006.00904.X>
- Inglese, M.D. (2009). Caring for children with autism spectrum disorder. Part II: Screening, diagnosis, and management. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.06.005>
- Johnson, N., Lashley, J., Stonek, A., Bonjour, A. (2012). Children With Developmental Disabilities at a Pediatric Hospital: Staff Education to Prevent and Manage Challenging Behaviors. *Elsevier Inc.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.02.009>
- Johnson, N. & Rodriguez, D. (2013) Children With Autism Spectrum Disorder at a Pediatric Hospital: A Systematic Review of the Literature. *Pediatric Nursing*, 39(3), 131-141.
- Kopecky, K., Brother-Finger, S., Iaanuzzi, D., & Connors, S. (2013). The needs of hospitalized patients with autism spectrum disorders: A parent survey. *Clinical Pediatrics*, 52, 652-660. <http://dx.doi.org/10.1177/0009922813485974>.
- Lalwani, K., Kitchin, J., & Lax, P. (2007). Office-based dental rehabilitation in children with special healthcare needs using a pediatric sedation service model. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 65(3), 427-433. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2005.12.057>
- Landim e Moreira (2021). Autismo: Estratégias para Cuidar de quem Cuida. *Instituto Walden4*.
- Leonardi, J. & Meyer, S. (2014).Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia, Ciência e Profissão, Universidade de São Paulo*. 35(4), 1139-1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Loo, C., Graham, R., & Hughes, C. (2009). Behavior guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 19(19), 390-398. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.01011.x>
- Lokhandwala, T., Khanna, R., & West-Strum, D. (2012). Hospitalization burden among individuals with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(1), 95-104. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1217-x>
- Lowe, K., Allen, D., Jones, E., Brophy, S., Moore, K., & James, W. (2007). Challenging behaviors: Prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(8), 625- 636. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00948.x>
- Lu, Y.-Y., Wei, I.-H., & Huang, C.-C. (2013). Dental health — a challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 214.e1–214.e3. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.201>
- Lubisch, N., Proskos, R., & Berkenbosch, J.W. (2009). Dexmedetomidine for procedural sedation in children with autism and other behavior disorders. *Pediatric Neurology*, 41(2), 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2009.02.006>

- Marshall, M. (2002). Asperger's syndrome: Implications for nursing practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 605-615. <https://doi.org/10.1080/01612840290052749>
- Masuchi, M. H., & Rocha, E. F. (2012). Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23(1), 89-97. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i1p89-97>
- Matson, J.L., Sipes, M.E., & Kozlowski, A.M. (2011). Behaviors and corresponding functions addressed via functional assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 625-629. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.011>
- McDermott, S., Zhou, L., & Mann, J. (2008). Injury treatment among children with autism or pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 626-633. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0426-9>
- Muskat, B., Riosa, P. B., Nicholas, D. B., Roberts, W., Stoddart, K. P. & Zwaigenbaum, L. (2015). Autism comes to the hospital: The experiences of patients with autism spectrum disorder, their parents and health-care providers at two Canadian paediatric hospitals. *Autism*, 19(4) 482-490. <https://doi.org/10.1177/1362361314531341>
- Phetrasuwan, S., & Miles, M. (2009). Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(3), 157-165.
- Raposa, K. (2009). Behavioral management for patients with intellectual and developmental disorders. *Dental Clinics of North America*, 53, 359-373. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2008.12.013>
- Righi, G., Benevides, J., Mazefsky, C., Siegel, M., Sheinkopf, S., Morrow, E. (2017). Predictors of Inpatient Psychiatric Hospitalization for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Autism and Developmental Disabilities Inpatient Research Collaborative (ADDIRC)*. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3154-9>.
- Sanders, K., Staubitz, J., Juaréz, P., Marler, S., Browning, W., McDonnell, E., Altstein, L., Macklin, E. & Warren, Z. (2020). Addressing Challenging Behavior During Hospitalizations for Children with Autism: A Pilot Applied Behavior Analysis Randomized Controlled Trial. *International Society for Autism Research, Wiley Periodicals, Inc*, 1-7. <https://doi.org/10.1002/aur.2308>
- Sakai, C., Miller, K., Brussa, A. K., MacPherson, C., & Augustyn, M. (2014). Challenges of Autism in the Inpatient Setting. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(1), 82-84. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000000>
- Scarpinato, N., Bradley, J., Kurbjun, K., Bateman, X., Holtzer, B., & Ely, B. (2010). Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(3), 244-254. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00244.x>
- Siegel, M., Doyle, K., Chemelski, B., Payne, D., Ellsworth, B., Harmon, J., Lubetsky, M. (2011). Specialized Inpatient Psychiatry Units for Children with Autism and Developmental Disorders: A United States Survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(9), 1863-1869. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1426-3>
- Silva & Moreira (2021). Estratégias para reduzir a seletividade alimentar. *Instituto Walden 4*.
- Seid, M., Sherman, M., & Seid, A. (1997). Perioperative psychosocial interventions for autistic children undergoing ENT surgery. *International Journal of Otorhinolaryngology*, 40, 107-113. [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(97\)01507-3](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(97)01507-3)
- Shellenbarger, T. (2004). Overview and helpful hints for caring for the ED patient with Asperger's syndrome. *Journal of Emergency Nursing*, 30(3), 278-280. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2004.02.002>

- Siegel, M., & Gabriels, R. L. (2014). Psychiatric Hospital Treatment of Children with Autism and Serious Behavioral Disturbance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 125–142. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.07.004>
- Souders, M., Freeman, K., DePaul, D., & Levy, S.E. (2002). Caring for children and adolescents with autism who require challenging procedures. *Pediatric Nursing*, 28(6), 555-562.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>
- Tagon, T., Bryan, Y. & Kurth, C. (2006). Pediatric radiology sedation and anesthesia. *International Anesthesiology Clinics*, 44(1), 65-79. <https://doi.org/10.1097/01.aia.0000197087.24782.6a>
- Thorne, A. (2007). Are you ready to give care to a child with autism? *Nursing*, 37, 59- 61. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000268787.50741.fd>
- Tucker, S., Derscheid, D., Odegarden, S., & Olson, M. (2008). Evidence-based training for enhancing psychiatric nurses' child behavior management skills. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(2), 75-85. <https://doi.org/10.1097/01.NND.0000300864.59997.27>
- Valente, S. (2004). Autism. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(5), 236-243. <https://doi.org/10.1177/1078390304269789>
- Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 36–49. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.008>
- Woodgate, R.L., Ateah, C. & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 34(6), 625-635. <https://doi.org/10.1177/1049732308320112>