



THAISE DE CARVALHO

**A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO ACOLHIMENTO DAS FAMÍLIAS
DE CRIANÇAS COM TEA**

Salvador
2014

THAISE DE CARVALHO

**A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO ACOLHIMENTO DAS FAMÍLIAS
DE CRIANÇAS COM TEA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito final para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica à Saúde Mental.

Orientador: Ms. Ludmilla Fônsaca

Salvador
2014

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO ACOLHIMENTO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM TEA

THAISE DE CARVALHO¹

ORIENTADORA: MS: LUDMILLA FÔNSECA²

Resumo:

O presente artigo objetiva descrever de que maneira a Atenção Básica acolhe as famílias de crianças portadoras de TEA e qual o impacto que este acolhimento gera na dinâmica familiar. De delineamento descritivo, o trabalho contou com a pesquisa bibliográfica a partir de artigos disponíveis nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, além de livros da área. Os resultados indicam que a instituição e estruturação de redes de apoio através da Atenção Básica a família de crianças portadoras do TEA possibilitam a estas um melhor manejo na forma de lidar com o comportamento de seus filhos, estimulando a autonomia, que é um fator muito importante para a reabilitação de portadores do TEA, além de trazer um conforto a essa família, que chega desesperada aos postos de saúde.

Palavras-Chave: Família. Autismo. Atenção Básica.

The importance of basic attention in the reception of familiares of children with Tea.

ABSTRACT: This article aims to describe how the basic attention welcomes families of children with TEA and what impact this host generates on family dynamics. To outlining descriptive, the work included the bibliographical research from items available in the databases Medline, Scielo and Lilacs, as well as books in the area. The results indicate that the establishment and structuring of support networks through the basic attention to children with family of TEA provide these improved handling in the form of dealing with the behavior of their children, stimulating the autonomy, which is a very important factor for the rehabilitation of TEA carriers, in addition to bringing a comfort to this family, which reaches desperate health stations.

Key Words: Family. Autism. Basic Attention.

¹ Psicóloga, Graduanda em Especialização na Atenção Básica à Saúde Mental na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: thaisenc@hotmail.com.

² Psicóloga, Mestre em Educação e Contemporaneidade, Pesquisadora.

1. A Rede de Atenção e o TEA: contribuições para uma prática reflexiva

O autismo foi descrito pela primeira vez por Leo Kanner, psiquiatra infantil, em 1943, após estudar 11 crianças com idade de dois a 11 anos, sendo oito meninos e três meninas, com quadro caracterizado por isolamento extremo, atividades repetitivas e estereotipadas, aparente incapacidade inata de relacionamento com as pessoas e intensa resistência a mudanças. O autor observou variações nos níveis de isolamento apresentados por essas crianças, e nomeou este quadro de Distúrbio Autístico do Contato Afetivo.

O Transtorno autista faz parte de um grupo de transtornos do neurodesenvolvimento denominados Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) ou Transtornos do Espectro do Autismo (TEAs). Esse grupo de transtornos compartilha sintomas centrais no comprometimento em áreas específicas do desenvolvimento, a saber: (a) déficits de habilidades sociais, (b) déficits de habilidades comunicativas (verbais e não-verbais) e (c) presença de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados. (SILVA e MULICK, 2008).

Para o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (APA, 2002) o termo Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) é usado para caracterizar os quadros que evidenciam prejuízos no desenvolvimento, nas habilidades de interação social, de comunicação e de comportamento, interesses restritivos e movimentos estereotipados. Os TGDs englobam o Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Esses critérios diagnósticos citados acima estão disponíveis e detalhados na Tabela A.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (OMS, 2000), também utiliza o termo Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), que englobam: Autismo Infantil, Autismo Atípico, Síndrome de Reet, Outro Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e Transtornos Globais Não Especificados do Desenvolvimento. Os critérios diagnósticos do CID-10 estão disponíveis na Tabela B.

Como vemos o conceito do Autismo (AI), portanto, se modificou desde sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Na linha do tempo desta descrição a forma mais recente é Transtorno do Espectro Autista (TEA), a qual refere: o Autismo; a Síndrome de Asperger; e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação, portanto não incluindo Síndrome de Rett e Transtorno Desintegrativo da Infância. (BRASIL, 2013, pág.14)

Para Campos (2011), do ponto de vista clínico, os sinais aparecem antes dos três anos, sendo que a maioria apresenta alterações sutis desde os primeiros meses relacionados com choro e movimentação diminuída, aversão ao contato quando é carregado, vontade e contentamento em ficar sozinho.

Em decorrência disto, cabe a família/cuidador estar atenta ao desenvolvimento da criança, tendo como base o marco do desenvolvimento infantil que é encontrado facilmente nos cartões de vacina, para que possa assim, buscar ajuda caso seja necessário, para que o mais rápido possível esta criança possa receber a reabilitação/habilitação que é tão importante nos quadros de TEA.

1.1 Diagnóstico e intervenção: ampliando a discussão

O diagnóstico do TEA é essencialmente clínico e, nesse sentido, não deve prescindir da participação do médico especialista (psiquiatra e /ou neurologista), acompanhado de equipe interdisciplinar capacitada para reconhecer clinicamente tais transtornos. A equipe deverá contar com, no mínimo: médico psiquiatra ou neurologista, psicólogo e fonoaudiólogo. Cada profissional, dentro de sua área, fará sua observação clínica. (BRASIL, 2013, pág.36)

É de suma importância levar em consideração a especialidade dos profissionais que estarão trabalhando neste diagnóstico, pois o fato da exposição da mídia em relação a diagnosticar o TEA, tem levado a rotulação de muitas crianças por parte de professores, amigos, familiares e profissionais de saúde que tem acesso a informações e por isto acabam por fechar diagnósticos sem ao menos saberem ao certo do que se trata. Diante disso, nota-se um aumento muito grande de crianças identificadas com TEA, quando na verdade não passam de suposições errôneas.

Este aumento de erros diagnósticos tem levado muitas crianças a consumirem medicações tarja preta² para regularização de comportamentos que fogem as regras de controle social, mas que na maioria das vezes não passam de uma resposta decorrente do ambiente ao qual pertencem.

Para Brzozowski e Caponi (2013), o processo de medicalização está diretamente ligado ao que é considerado um desvio social e ao controle social. Ao mesmo tempo em que a área da saúde foi entrando na vida familiar e escolar, a Medicina foi assumindo o papel de agente de normalização dos desvios, ficando responsável por comportamentos que até então eram da esfera de outras instituições, tais como aprendizagem e criminalidade.

Segundo Collares e Moysés (1996), o processo de medicalização é duplamente perverso: rotula crianças normais e, por outro lado, ocupam com tal intensidade os espaços, os discursos, propostas, atendimentos e até de preocupações, que desaloja desses espaços aqueles que deveriam ser seus legítimos ocupantes.

O aumento de explicações médicas para problemas de comportamento vem mudando nossas ideias sobre liberdade de escolha, desejos e responsabilidade pessoal por nossos comportamentos. Isso quer dizer que se considera que o comportamento agressivo de uma criança seja causado por uma anormalidade neurológica, então esse comportamento é encarado como se nem a criança nem seus pais pudessem conscientemente controlá-lo e que, portanto, requer assistência médica. (TIMIMI 2010, apud BRZOZOWKI e CAPONI, 2013).

É de extrema relevância nos atentarmos para essa medicalização da vida, pois atualmente, sentimentos como alegria, tristeza, medo, raiva, estão sendo patologizados, desprezando totalmente a ideia de que tais fazem parte do ser humano e portanto são tão necessários para nos estruturarmos na realidade que vivenciamos. O uso descontrolado de medicamentos tem feito deste um item necessário tal como o arroz e feijão na cesta básica.

Corroborando com ideia acima citada, Moysés e Collares (2010), diz em que existem infinitos modos de pensar, agir, reagir, expressar emoções e sentimentos, se comportar,

² Medicação Tarja preta são remédios que oferecem alto risco para o paciente quando usados de maneira equivocada, pois ativam o sistema nervoso central (SNC) ou provocam ação sedativa e, por este motivo, podem causar dependência física ou psíquica. As receitas utilizadas para a comercialização deste tipo de remédio são impressas na cor azul, são também retidas nas farmácias e retiradas periodicamente por órgãos públicos de saúde.

aprender, lidar com saberes já constituídos. Esses modos constituem continuum, todos eles caracterizando a diversidade entre seres humanos, que nos constituem indivíduos, sujeitos.

Segundo Decotelli e colaboradores (2006), partindo do pressuposto de que a droga é prescrita para comportamentos desviantes e que milhares de crianças são medicadas, uma outra lógica se afirma cada vez mais: a da normatização. Institui-se, dessa forma, o que é ser uma criança normal, saudável e com o máximo de aproveitamento de suas capacidades cognitivas. Assim, o discurso da medicalização se capilariza para outras esferas do existir, medicalização como uma estratégia que transcende o ato de prescrever remédio.

Em função desse descontrole, o Conselho Federal de Psicologia lança uma Campanha Nacional “Não à medicalização da Vida”. Com isso, é chamada a atenção para as questões da Medicalização, processo que transforma questões de ordem social, política, cultural em “distúrbios”, “transtornos”, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas.

Contudo, apesar dos critérios que são fornecidos pelo DSM-IV e pelo CID-10, o diagnóstico prático não é muito fácil de ser executado, por isso cabe aos profissionais responsáveis para este, uma capacitação específica, já que quanto mais cedo se evidencia a presença de traços autísticos, mais fácil será a reabilitação.

Segundo a Lei 12.764 de 27/12/12 e em concordância com a Convenção sobre os Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência, o governo brasileiro institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo, sendo esta considerada Pessoa com Deficiência para todos os efeitos legais. (BRASIL, 2013, pág.115).

As leis que estabelecem direitos as pessoas com deficiência são resultado das lutas disseminadas na década de 70, tendo como referência a reforma psiquiátrica. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação de violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, contemporâneo da reforma sanitária, eclodiu dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

A luta antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de

relevantes serviços de atendimentos extra-hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psico-social (NAPS); Centro de Atendimento Psico-social (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura. (MESQUITA e Cols,2010).

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica -processo amplo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais - é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. (O papel estratégico do CAPS).

A reforma psiquiátrica veio devolver aos usuários, a dignidade que lhes foi tirada durante muitos anos, veio para dar um lugar a estes que lhe é de direito, mostrando para a sociedade que o individuo não é o transtorno, este é uma pessoa que possui desejos e vontades.

A Rede de Atenção à Saúde Mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. Devolvendo a estes a dignidade que lhe foi tirada durante muito tempo, com o objetivo de mostrar para a sociedade que estes sujeitos devem ser respeitados e vistos como seres humanos, portanto com direitos de viver em comunidade.

A ideia de direcionar esses centros de atenção comunitária é uma forma de reinserir esses indivíduos a sociedade, buscando assim quebrar o preconceito e o estigma que estes carregaram durante muito tempo.

Como resultado da conjunção de esforços da sociedade civil e do governo brasileiro, coordenado pelo Ministério da Saúde, é lançado um material de apoio que oferece orientações relativas ao cuidado à saúde das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, no campo da habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, de forma a garantir que a atenção prestada seja de forma integral, sendo esta articulada a outros pontos da Atenção Rede SUS como a atenção básica, especializada e hospitalar, bem como os serviços de proteção social. (BRASIL, 2013, pág.11).

A presença da família no acompanhamento das crianças com TEA é imprescindível, pois esta é base para que o seu desenvolvimento aconteça de forma evolutiva.

O grupo familiar é fundado a partir de um casal que traz em si as influências ancestrais, sendo, portanto o lugar de transmissão biológica e psicológica. O peso do desejo do outro já está presente antes mesmo do nascimento e é assegurado através das rotinas, das regras e dos rituais que preservam a família. (CERVENY, 2012, apud SANCHEZ, 1994).

Para Sanchez (2012) a família é o contexto natural para crescer e receber auxílio, pois ela cumpre o papel de garantir o pertencimento e promover a individualização do sujeito, que por sua vez elabora sua própria identidade.

É relevante citar também que cada um traz consigo suas malas e nelas estão suas crenças e mitos advindos de suas famílias de origem, assim como suas expectativas em relação ao outro. Trazem consigo projetos individuais que se fundem em uma relação conjugal e que estes são influenciados pela vivência com seus pais e familiares desde o primórdio de sua existência, os quais possuem uma forma particular de olhar para vida, com seus segredos e rituais organizados de forma diferente de acordo com a constituição de família de cada um.

Corroborando com esta ideia, Andolfi(1984) acrescenta que a família pode ser vista como um sistema ativo em permanente transformação, como um organismo complexo que se modifica com o decorrer do tempo para garantir a continuidade e o crescimento psicossocial de seus componentes. Nos casos das famílias com portadores de TEA, a mudanças de rotinas, a adaptação a novas situações são extremamente necessárias para que estes possam evoluir no processo de desenvolvimento.

O nascimento de um filho vai ocupar entre os sonhos perdidos da mãe, na medida em que aquilo que esta deseja no decurso da gravidez é, antes de mais nada, a recompensa ou a repetição de sua própria infância. A imagem fantasmática do filho se sobrepõe à imagem real do mesmo. Esse filho sonhado nasce com a missão de fazer diferente o que na história da mãe foi julgado deficiente ou de prolongar aquilo a que ela teve que renunciar. (MANNONI,1998).

Browns (1995) afirma que o nascimento de uma criança com doença crônica representa para os pais uma ruptura das expectativas construídas. É o início de um caminho de incertezas, vivendo essas famílias o estresse, um período de adaptação que vai do nascimento ao diagnóstico.

É importante ser levado em consideração o fato de que esta família está vivenciando o luto, a perda da ideia de um “filho perfeito”.

Para Camargo (2005), ocorre sempre um profundo ferimento no amor próprio (narcisismo) dos pais por gerarem uma criança doente. Se o afetado for o primeiro filho, esse ferimento é ainda mais destrutivo. Por não terem exercido antes a função de pais, a chegada desta criança, gera insegurança quanto a ter outros filhos, dificultando ainda mais a relação parental.

Partindo dessa ideia, ter um filho é um dos acontecimentos mais importantes na vida de um ser humano. Toda a família se prepara para a chegada deste, se prepara também para a troca de afeto, de carinho, anseio por se comunicar através do toque, do olhar. Contudo, em famílias de crianças com TEA, isto nem sempre acontece da forma esperada. (SILVA e CHAVES, 2014).

Essa ruptura entre objetivo e execução de uma expectativa em relação à chegada de um filho, causa na família um estresse muito grande, sendo necessário seu acolhimento, afinal de contas estes estão com suas emoções extremamente abaladas, a ponto de muitas vezes rejeitar esse sujeito não idealizado.

Para Maciel e Roseburgo (2006), circunstâncias adversas dentro da família podem estabelecer em um ou mais dos seus membros desequilíbrios emocionais agudos, dependendo da intensidade do estímulo, do tempo de duração da adversidade e as características pessoais do indivíduo, esses desequilíbrios podem vir a se tornar crônicos. Essa afirmação do autor citado acima vem para reforçar ainda mais o quanto é importante dar guarida as famílias de portadores de TEA.

Do ponto de vista da dinâmica familiar, é importante apontar para o sofrimento de famílias de um portador de deficiência e para a necessidade de receber uma abordagem de

apoio que acolha essa dor, tanto para que se valorizem as razões humanitárias quanto para que se desenvolvam estratégias e possibilidades pertinentes de suporte a todos os membros. (SANCHEZ, 2012). Portanto, é necessário que este acolhimento seja executado de forma efetiva para que esta família possa vivenciar seu momento de luto, por não ter tido o filho tal como desejaram, para que estes possam desfrutar dessa criança, dando espaço para suas singularidades e envolvendo-a no afeto tão guardado para sua chegada.

Lembrando sempre que cada um tem uma estrutura psíquica diferente e que suas reações frente às situações que lhes ocorrem são, portanto diferenciadas. As estratégias de apoio visarão unir o que cada um poderá doar para expandir uma rede de acolhimento com o intuito de resguardar acima de tudo a união da família, fator esse tão importante para a saúde mental do ser humano.

As famílias com um bom funcionamento psicossocial apresentam um bom equilíbrio na coesão e na adaptabilidade, ou seja, a capacidade de mudança da família, a fim de responder de maneira eficiente a uma situação estressante, negociando as diferenças e tomando decisões em tempos de crises. (MARQUE e DIXE, 2011).

A implicação dos familiares durante todo o processo diagnóstico e nas diversas intervenções será fundamental para minimizar o choque que acomete uma família com a comunicação de um diagnóstico. (BRASIL, 2013, pág.46). Por isso, faz-se necessário que esta família seja acolhida para que possa ter conhecimento do TEA para assim poder minimizar a angústia do não saber, pois a falta deste leva a superproteção o que dificulta o processo de desenvolvimento deste indivíduo que terá como consequência o agravamento de seu quadro.

A oferta de tratamento, nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à saúde da pessoa com deficiência, constitui uma importante estratégia na atenção às pessoas com TEA, uma vez que tal condição implica em alterações de linguagem e de sociabilidade, o que demanda cuidados específicos. (BRASIL, 2013, pág.56)

No compromisso de ampliar significativamente o acesso e a qualidade da atenção direcionada às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias, considera-se fundamental que cada ponto de atenção Psicossocial (RAPS), se responsabilize em oferecer diversificadas possibilidades de acesso e diferentes modalidades de cuidado para compreender

e responder às necessidades das pessoas com TEA em seus contextos de vida. (BRASIL, 2013, pág. 94).

As famílias com risco para os TEA devem encontrar na Atenção Básica sua possibilidade mais imediata de apoio, no que se refere aos cuidados básicos de saúde, ao diagnóstico, à prevenção de agravos e nas ofertas de reabilitação.

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde sobre Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), de 2013, é importante esclarecer que o quadro do autismo é uma “síndrome”, que significa “um conjunto de sinais clínicos”; conjunto que define certa condição de vida diferente daquela até então experimentada pela família, e que impõe cuidados e rotinas diferenciadas.

Em decorrência disto cabe ressaltar que o momento de informação do diagnóstico de TEA, constitui-se um momento muito importante e delicado no qual o profissional tem a responsabilidade de acolher esse indivíduo e sua família que traz consigo o desconhecimento de tal síndrome, tendo que enfrentar neste momento a revelação de algo não desejado, porém presente em suas vidas. O acolhimento dessas famílias é um fator de extrema importância, pois será necessário potencializá-las frente a essa situação angustiante, para que esta possa colaborar de forma efetiva e intensa no reabilitação de seus entes queridos.

A apresentação do diagnóstico deve ser complementada pela sugestão de tratamento, incluindo todas as atividades sugeridas no projeto terapêutico singular, que é o direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e suas famílias. O encaminhamento para os profissionais será feito de forma objetiva, contando sempre com a participação da família, elo tão essencial para a continuidade da habilitação/reabilitação do indivíduo com TEA.

Do ponto de vista emocional, social e financeiro, o impacto gerado pelo diagnóstico do TEA é extremamente elevado. Em um nível geral, poucas famílias têm condições econômicas para suprir as necessidades que um tratamento adequado necessita, e muitas destas, irão depender do apoio institucional gratuito para que seus filhos evoluam em suas deficiências.

Para o Ministério da Saúde (2013), a necessária ampliação e diversificação das ofertas devem, além de apostar na construção da autonomia das pessoas com TEA, apoiar sua família para promoção de sua própria saúde, com investimentos na ampliação e sustentação de sua participação nos espaços sociais e coletivos.

A Atenção Básica é a porta de entrada no SUS, é nela que ocorre o acompanhamento do pré-natal e do processo de desenvolvimento infantil. É de fundamental importância que haja uma relação de cumplicidade entre os profissionais e as famílias, proporcionando-lhes um espaço de escuta que visa amenizar seu sofrimento. É também de sua responsabilidade a articulação com outros pontos de atenção, evitando que as famílias se desloquem desnecessariamente e tentem individualmente acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários.

O CAPS é um dos serviços de referência para o cuidado às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, independentemente de sua idade. Também é função do CAPS ofertar apoio matricial às Equipes de Saúde da Família e aos pontos de atenção às urgências, apoiando e subsidiando o processo diagnóstico, o acompanhamento direto das situações graves, e se corresponsabilizando pela atenção às urgências. (BRASIL, 2013, pág. 101)

Outro fator importante é o direito a educação, um dos aspectos assegurados a todos os cidadãos pela constituição brasileira. É um direito inalienável e incondicional que é efetivado por meio da escolarização, em sistema educacional inclusivo, desde a educação infantil até a superior segundo a linha de cuidados a atenção às pessoas com TEA de 2013. Pois é através das relações sociais que os sujeitos vão se constituindo e se sentindo pertencentes a determinados ambientes. Nos casos das pessoas com TEA, que apresentam como uma de suas dificuldades, a interação social, inseri-los no contexto escolar é percebido como um marco para reabilitá-lo as relações sociais, essas, tão importantes para seu desenvolvimento.

A Lei 12.764 que vigorou em 28 de dezembro de 2012, é uma forma de proteção de proteção social, tendo como principal objetivo instituir uma Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, reconhecendo as deficiências associadas ao TEA, igualando-as aos direitos das pessoas com Deficiência para todos os efeitos legais.

O reconhecimento e aplicação desta lei vêm para reforçar os direitos das pessoas com TEA, entendendo que estas precisam de acompanhamentos equiparados aos das pessoas que possuem outras deficiências. Esta foi uma das conquistas que os portadores de TEA e suas famílias alcançaram o que é de extrema importância para o desenvolvimento destes na sociedade.

Além deste reconhecimento, cabe ressaltar aqui também a importância da inclusão destes nos ambientes escolares, como já foi afirmado acima, estes sujeitos não se resumem a síndrome que os acomete, estes são seres que possuem vontades e desejos.

A pessoa com necessidades educacionais especiais se beneficia das interações sociais e da cultura na qual está inserida, sendo que essas interações seriam propulsoras de mediações e conflitos necessários ao desenvolvimento pleno do indivíduo e à construção dos processos mentais superiores. (VYGOTSKY, 1987, apud, BRANDE e ZANFELICE, 2012).

O fato destes sujeitos elaborarem o mundo de forma diferenciada, não faz destes menos humanos que os outros. Grande é o desafio enfrentado por estes, apesar de todas as mudanças alcançadas ao longo dos anos, existe um fator que não pode ser deixado de lado que o estigma que estes carregam em decorrência deste diagnóstico.

Por isso, faz-se necessário cada vez mais a promoção de políticas públicas que resguardem os direitos dos portadores de deficiências, porque apesar de todas as conquistas alcançadas até aqui, não se pode esquecer que o trabalho continua, pois é preciso romper com um estereótipo de que o paciente de saúde mental, “o louco” para muitos, não serve para nada, além de estar ali para ser preso, levar choques nos momentos de crises e ser isolado em muros altos, vivendo uma situação extremamente desumana. Contudo o que a Reforma Psiquiátrica trouxe de mudança, pode-se afirmar que esses sujeitos podem viver em sociedade, gozando de sua autonomia como seres possuidores de desejos e vontades e que podem evoluir transcender, oferecer conhecimentos outrora enterrados por doses anestésicas de desumanidade.

2. METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa utilizou-se como caminho metodológico a revisão bibliográfica, foi realizada a leitura de livros, artigos disponíveis nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na busca dos textos completos publicados na Internet, que foram objetos de estudo, assim como foram redigidos fichamentos que ajudaram na compreensão do tema.

3. CONCLUSÃO

Considerando a família como um fator importante para o desenvolvimento da criança, sendo esta sua primeira fonte de interação social que lhe embasa para viver em comunidade, faz-se necessário que esta seja potencializada para que influencie de forma positiva a saúde mental de seus familiares.

O objetivo deste artigo foi buscar compreender de que forma as famílias de crianças portadoras de TEA eram acolhidas na Atenção Básica e qual é o impacto que este acolhimento traz para a dinâmica familiar.

Entendendo que a Atenção Básica é a porta de entrada para que as pessoas tenham acesso as suas necessidades relacionadas à saúde atendidas, reforça ainda mais o pressuposto de que esta precisa oferecer um atendimento efetivo as famílias de portadores do TEA que chegam inseguras e angustiadas nos postos de saúde mediante a dificuldade de entender o comportamento de seus filhos.

Portanto, é responsabilidade da Atenção Básica, instituir e estruturar uma rede de atenção aos portadores de TEA e suas famílias, para que estas possam estimular habilidades que visam um melhor desenvolvimento no processo de habilitação/reabilitação dessas crianças, buscando oferecer a essas famílias, um lugar onde possam ser ouvidas, afinal de contas, essas trazem consigo o medo, que gera o estresse do “não saber” lidar com o comportamento manifestado por seus filhos, além de trazerem como já foi citada acima, a dor de ter perdido o filho perfeito.

Por isso, a Atenção Básica por ser essa possibilidade de apoio imediato as essas famílias, precisa acolhê-las de forma que estas aprendam a identificar as necessidades expressadas de forma particular por seus filhos.

Dessa forma, o desenvolvimento das potencialidades dessas famílias através da Atenção Básica influencia diretamente na produção de autonomia dos portadores de TEA, o que se constitui um fator de extrema relevância diante das dificuldades que estes apresentam.

Logo, cabe aos profissionais de saúde, a responsabilidade de se implicar no atendimento oferecido a essas famílias, valorizando sempre suas particularidades.

Tabela A. Lista de sintomas do transtorno do Espectro do Autismo, de acordo com os critérios disponibilizados pelo DSM-IV-TR (APA, 2003).

COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA INTERAÇÃO SOCIAL:

- (a) Comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social.
- (b) Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.
- (c) Ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesse ou realizações com outras pessoas (ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);
- (d) Ausência de reciprocidade social ou emocional.

COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA COMUNICAÇÃO

- (a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica).
- (b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa.
- (c) Uso estereotipado e repetitivo de certas palavras ou frases e emprego da terceira pessoa (inversão pronominal) para falar de suas vontades.
- (d) Os que aprendem a ler não apresentam compreensão do que leem.

PADRÕES RESTRITOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO

- (a) Padrões restritos de interesse, manipulação sem criatividade dos objetos.
- (b) Presença de maneirismos motores e crises de raiva ou pânico com mudanças de ambiente; mudanças súbitas de humor, com risos ou choros imotivados, hipo ou hiper-sensibilidade aos estímulos sensoriais e agressividade sem razão aparente.
- (c) Presença de comportamentos auto-agressivos, como bater a cabeça, morder-se, arranhar-se e arrancar os cabelos podem ocorrer.
- (d) Inabilidade para participar de jogos de imitação social espontâneos.

Segundo os critérios do DSM-IV, para que a criança seja diagnosticada com TEA, é necessário que esta apresente pelo menos seis da lista de doze sintomas apresentados acima.

Tabela B. Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde

A. LESÃO MARCANTE NA INTERAÇÃO SOCIAL RECÍPROCA, MANIFESTADA POR PELO MENOS TRÊS DOS PRÓXIMOS CINCO ITENS:

1. Dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.
2. Dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.
3. Raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade,

e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade.

4. Ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.

5. Falta de reciprocidade social e emocional

B. MARCANTE LESÃO NA COMUNICAÇÃO:

1. Ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.
2. Diminuição de ações imaginativas e de imitação social.
3. Pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.
4. Pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.
5. Ausência de resposta emocional a ações verbais e não-verbais de outras pessoas.
6. Pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
7. Ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

C. PADRÕES RESTRITOS, REPETITIVOS E ESTEREOTIPADOS DE COMPORTAMENTO, INTERESSES E ATIVIDADES, MANIFESTADOS POR PELO MENOS DOIS DOS PRÓXIMOS SEIS ITENS:

1. Obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse.
2. Apego específico a objetos incomuns.
3. Fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
4. Hábitos motores estereotipados e repetitivos.
5. Obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação.
6. Ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

REFERÊNCIAS

ANDOLFI, Maurizio. **Por trás da máscara familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Transtorno de Espectro do Autismo**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 104, p:il. – (Série F em Comunicação e Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS / Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160, p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRANDE A.C. & ZANFELICE, C.C. **A inclusão escolar de um aluno com autismo: diferentes tempos de escuta, intervenção e aprendizagens**. Rev. Educ. Espec., Santa Maria, v. 25, n. 42, p. 43-56, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>. Acesso em 10 de nov. 2014.

BROWS, F.H. **O Impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar**. In B. Carter, & M. McGoldrick, As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf & CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo. **Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos**. Psicol. cienc. prof.[online]. 2013, vol.33, n.1, pp. 208-221. Disponível < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>>. Acesso em: 04 de maio de 2014.

COLLARES, C. A. L. & MOYSÉS, M.A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996.

CAMARGOS, V Jr. O Tratamento dos Portadores do Espectro Autístico. Transtornos invasivos do desenvolvimento: **3o Milênio**. Brasília: CORDE, 2005. p.36-41.

CAMPOS, R. C. de. Aspectos Neurológicos do Autismo Infantil. In: CAMARGOS Jr; WALTER et al. Transtornos invasivos do desenvolvimento: **3o Milênio**. Brasília: CORDE, 2005. p.21-22.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira e BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. **A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2013, vol.33, n.2, pp. 446-459. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200014>>. Acesso em 09 de Nov. de 2014.

DSM-IV-TR-Manual **Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dor-neles;-4.ed.rev.-Porto Alegre:Artmed,2005.

KAPLAN, H.I., BJ. **Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais-psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MACIEL, Rubens de Aguiar & ROSEMBURG, Coronélio Pedroso. **A relação mãe-bebê e a estruturação da personalidade**. *Saude soc.* [online]. 2006, vol.15, n.2, pp.96-112. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200010>> Acesso em: 10 de setembro de 2014.

MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes,1988.

MARQUES, Mário Henriques e DIXE, Maria dos Anjos Rodrigues. **Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais**. *Rev. psiquiatr. clín.*[online]. 2011, vol.38, n.2. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832011000200005&script=sci_arttex> Acesso em: 12 de novembro de 2014.

Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos/organizadores Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MESQUITA, F.J.,NOVELLINO,F.S.M.,CAVALCANTI,T.M. A reforma psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs>. Acesso em: 03 de Junho de 2014.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SANCHEZ, A. Fátima. **A família na Visão Sistêmica**. In:Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção/Organizadores,Makilim Nunes Baptista,Maycoln L. M. Teodoro.- Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, S.R. &CHAVES, F.E. **Autismo, Reações e Consequências nas Relações Familiares**. Encontro: Revista de Psicologia, Vol. 17, n.26, 2014, p.35-45. Disponível em: <http://sare.anhanguera.com/index.php/rencp/article/view/4764/0>>. Acesso em 10 de julho. 2014.