

Transtorno do Espectro Autista na prática: **pesquisa, ensino e extensão**



Regina Basso Zanon
Felipe Maciel dos Santos Souza
Organizadores

**Transtorno do Espectro Autista
na prática:
pesquisa, ensino e extensão**

A organização do livro foi financiada integralmente pelo Programa de Apoio à Pós-Graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROAP/CAPES).



Os capítulos desta obra foram avaliados e receberam pareceres *ad hoc* de:

Dra. Aline Valentim
Dra. Mariana Amaral
Dra. Stephanny Sato Del Pin
Ma. Isabelle Cacau de Alencar
Ma. Letícia Tiemi Monteiro
Dr. André Thiago Saconatto
Dr. Fernando dos Anjos Souza
Dr. Vinicius Pereira de Sousa
Me. Alberto da Silva Santos
Me. Alexandre José Bernardo
Me. José Américo Dinizz Júnior
Me. Pedro Henrique Jardim
Me. Thiago Francisco Peppe Del Poço

**Regina Basso Zanon
Felipe Maciel dos Santos Souza
(Organizadores)**

**Transtorno do Espectro Autista
na prática:
pesquisa, ensino e extensão**

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Regina Basso Zanon; Felipe Maciel dos Santos Souza [Orgs.]

Transtorno do Espectro Autista na prática: pesquisa, ensino e extensão. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. 235p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-1130-5 [Digital]

1. Transtorno do Espectro Autista - TEA. 2. Educação Especial. 3. Inclusão. I. Título.

CDD – 370

Capa: Luidi Belga Ignacio

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2024

Em lembrança de
Adriano Henrique Nuernberg
Brian Anthony Iwata

Sumário

Apresentação	9
Felipe Maciel dos Santos Souza, Regina Basso Zanon	
Prefácio	13
André Augusto Borges Varella	
1. Caracterização do processo de diagnóstico do autismo no município de Dourados – MS	15
Henrique Cabral Furcin, Morgana de Fátima Agostini Martins, Kaio da Silva Barcelos, Priscila de Carvalho Acosta, Regina Basso Zanon	
2. Análise das dissertações sobre Transtorno de Espectro Autista do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFGD (2017-2022)	29
Mitchel Vilar Cardenas, Felipe Maciel dos Santos Souza	
3. Produção de sentido no cotidiano: Uma análise discursiva das políticas para o autismo no Brasil	43
Karolaine Santos Deleprani Silveira, Kamilla Golin, Paulo Roberto dos Santos Ferreira	
4. Caracterização e Avaliação qualitativa do Transtorno do Espectro Autista em diferentes fases do desenvolvimento humano	55
Matheus Silva Prenassi, Mônia Aparecida da Silva, Isabella Santos Machado	
5. Contribuições da Abordagem Sociopragmática para a intervenção fonoaudiológica de crianças pequenas com Transtorno do Espectro Autista	81
Bárbara Backes	

6. Sentidos e significados construídos sobre o autismo: Reflexões a partir da Teoria Histórico-cultural Gabriela de Lima, Regina Basso Zanon	99
7. As Terapias Cognitivo Comportamentais no tratamento de adolescentes e adultos com Transtorno do Espectro Autista Renata Giuliani Endres	117
8. Vivências de mães na rotina de terapias com filhos autistas Bárbara Ambrozini Nyland, Denise de Matos Manoel Souza	149
9. Prestação de Serviços de ABA em contexto universitário no Programa de Intervenção Precoce para Autistas (PIPPA) Luiz Alexandre Barbosa de Freitas, Fernanda Aparecida Piovesan, Quezia Lara Gomes, Rauni Jandé Roama-Alves, Júlio César da Luz Ferreira Filho	163
10. Atendimento de crianças com autismo baseado em ABA: Um relato do projeto de extensão InterTEA Vinicius Santos Ferreira, Monique Luzia de Souza, Lucas Delfino Araújo, Stefany Moreira Silva, Marcela Gon Perez Scapin, Amanda Barbosa de Amorim, Ana Luiza Bossolani Martins	183
11. Psicodiagnóstico do Transtorno do Espectro Autista: Um relato de experiência de Estágio Específico Supervisionado Karine Valério Bernal, Ester de Oliveira Cantanhede, Regina Basso Zanon	207
Sobre as/os autoras/es	227

Apresentação

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição multifatorial, ou seja, que envolve uma interação ainda desconhecida entre fatores genéticos e ambientais, e está presente na vida de milhões de pessoas em todo o mundo, não sendo diferente no Brasil. O TEA afeta a capacidade de comunicação, socialização e comportamento do indivíduo.

Nos últimos anos tem se observado um aumento de pessoas autistas em razão do progresso ciência que se dedica a estudar e compreender o TEA. Embora os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indiquem a existência de dois milhões de autistas no Brasil, sabe-se que esta estimativa é desatualizada. Tal informação deve ser atualizada a partir da divulgação dos dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que incluiu, pela primeira vez, o autismo em suas estatísticas.

A partir de constantes demandas no Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada (LabSPA) do curso de Psicologia Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), foi criado, em 2019, o Núcleo de Atenção à Pessoa com Autismo (NAPA) que é coordenado pelos organizadores deste livro. As atividades desenvolvidas no NAPA consistem em (1) avaliação de crianças com até 6 anos de idade com suspeita de TEA, (2) orientação psicoeducacional breve para as suas famílias e (3) intervenção precoce com as crianças e assessoria escolar em casos de inclusão de crianças com TEA.

O livro, Transtorno do Espectro Autista na Prática: Pesquisa, Ensino e Extensão, é produto direto de compromissos assumidos na criação do NAPA, como: incentivar o desenvolvimento e circulação de instrumentos de avaliação do comportamento da população estudada para fins clínicos, educacionais, e de pesquisa, elaborar material bibliográfico/informativo destinado a

professores, familiares e profissionais em geral e, por fim, construir e/ou fortalecer parcerias intra e interinstitucional. Os capítulos reunidos no livro resultam de relatos de estágios, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses e projetos de extensão de diversas Instituições de Ensino Superior do Brasil. Cabe ressaltar que a organização deste livro foi, integralmente, financiada pelo Programa de Apoio à Pós-Graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROAP/CAPES).

O livro se inicia com Henrique Furcin, Morgana Martins, Kaio Barcelos, Priscila Acosta e Regina Zanon abordando questões associadas ao diagnóstico do TEA no município de Dourados, localizado no Mato Grosso do Sul, permitindo uma compreensão mais aprofundada das particularidades dessa população. Ainda em Dourados, Mitchel Cardenas e Felipe Souza, no capítulo 2, apresentam as dissertações sobre TEA produzidas no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPgPSi) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

A partir de uma compreensão sobre as reivindicações de pais e profissionais para melhor qualidade no cuidado às pessoas com TEA, Karolaine Silveira e Kamilla Golin discorrem, no capítulo 3, sobre as políticas para o autismo no Brasil. Na sequência, Matheus Prenassi, Mônia Silva e Isabella Machado abordam a avaliação qualitativa dos sinais e sintomas do espectro autista ao longo do ciclo vital, partindo do desenvolvimento inicial e da evolução dos sintomas.

Destacando as contribuições da abordagem sociopragmática para a intervenção fonoaudiológica de crianças pequenas com TEA, Bárbara Backes apresenta, no capítulo 5, aspectos básicos referentes ao desenvolvimento típico da linguagem e, em seguida, um panorama geral contemplando as principais características da linguagem oral em crianças com TEA. No capítulo 6, de Gabriela de Lima e Regina Zanon, há uma reflexão sobre o processo de construção de sentidos e significados sobre o autismo em crianças a partir de conceitos e temas centrais na obra de Vigostki. Já no

capítulo 7, Renata Endres revisa a literatura sobre as intervenções psicoterápicas nas abordagens cognitivo comportamentais em pacientes adultos com TEA, indicando que as que produzem melhores resultados são psicoeducação, remediação cognitiva, terapia cognitivo-comportamental, treinamento de habilidades sociais e terapia de aceitação e compromisso.

Bárbara Nyland e Denise Souza evidenciam, no oitavo capítulo, as vivências de mães de crianças com TEA na rotina de terapias de seus filhos, permitindo os efeitos do diagnóstico em famílias. O Programa de Intervenção Precoce para Autistas (PIPPA) é apresentado por Luiz Alexandre Freitas, Fernanda Piovesan, Quezia Gomes, Rauni Roama-Alves e Júlio Ferreira Filho no capítulo 9. O PIPPA é um serviço de atendimento a crianças autistas que funciona no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Campus Cuiabá. No capítulo 10, Vinicius Ferreira, Monique de Souza, Lucas Araújo, Stefany Silva, Marcela Scapin, Amanda de Amorim e Ana Luiza Martins apresentam o projeto de extensão Intervenção dirigida ao Transtorno do Espectro Autista (InterTEA) que é executado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul no Campus de Paranaíba (UFMS/CPAR).

Por fim, Karine Bernal, Ester Cantanhede e Regina Zanon discorrem a avaliação psicológica de crianças com suspeita de diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada (LabSPA) da UFGD. As autoras enfatizam as contribuições do Sistema de Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de TEA – Versão Revisada – Não Verbal (PROTEA-R-NV).

Agrademos imensamente a preciosa colaboração das/os colegas pelo comprometimento científico na escrita de seus capítulos. Agradecemos, ainda, ao Programa de Apoio à Pós-Graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROAP/CAPES). Esperamos que o livro Transtorno do Espectro Autista na Prática: Pesquisa, Ensino e Extensão seja acessível a acadêmicos, profissionais e pesquisadores interessados

pelo assunto. Ao abordar os temas elencados com linguagem acessível, esperamos que nosso livro sirva de norte ao entendimento do que é eficaz e seguro em matéria de intervenção no autismo.

Dra. Regina Basso Zanon
Dr. Felipe Maciel dos Santos Souza
(Organizadores)

PREFÁCIO

*“O prazer não está em descobrir a verdade,
mas em procurá-la”
Liev Tolstói*

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por prejuízos na comunicação social e na presença de padrões restritos e estereotipados de comportamento. Esta definição, que apenas aparenta ser simples, abrange um oceano de possibilidades e de vivências, sejam elas individuais ou coletivas. O TEA, enquanto uma condição clínica, se encontra sob escrutínio científico há 80 anos, desde quando foi inicialmente descrito por Leo Kanner em 1943. Entretanto, mesmo depois de tantos anos, ainda é uma temática que nos intriga enquanto pesquisadores e profissionais.

As primeiras décadas de estudos sobre o TEA foram marcadas por esforços de vários campos do conhecimento para tentar compreender sua origem (se psicológica, emocional e/ou biológica) e identificar possibilidades terapêuticas (sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas). Desde 1943, o conceito de autismo tem sofrido mudanças significativas e, mais recentemente, assumiu em seu próprio nome a ideia de “espectro”, de modo a destacar sua ampla heterogeneidade e variação na forma como se apresenta a nós. O termo “espectro” traduz a natureza deste quadro de maneira genuinamente humana: os traços, características e comportamentos da pessoa autista refletem combinações das mais variadas, únicas e singulares possíveis. Portanto, assim como para qualquer pessoa, esta diversidade se mostra como um aspecto essencial do próprio conceito.

A presente obra, organizada pelos professores excelentes pesquisadores Regina Basso Zanon e Felipe Maciel dos Santos Souza da Universidade Federal da Grande Dourados, é resultado

de um valiosíssimo trabalho de dedicação e colaboração dos organizadores e demais autores que assinam os capítulos a seguir. Este livro é um esforço coletivo de pesquisadores de universidades brasileiras, envolvidos com uma produção de conhecimento comprometida com a efetiva mudança na realidade das pessoas autistas e de seus familiares. A universidade é o local em que perguntas são levantadas, que por sua vez geram movimento por novas respostas (ou novas perguntas). Afinal, a universidade é o palco perfeito deste prazeroso processo de busca por conhecimento.

O presente livro, como um todo, reflete este elemento diverso do universo autista. Ele é composto por capítulos que abordam desde o diagnóstico, avaliação, intervenção para TEA, como experiências de modelos de atendimento, formação profissional e políticas públicas para esta população. Destaco ao caro leitor que a pluralidade de perspectivas contidas nesta obra é um convite para mergulharmos no universo da diversidade e complexidade do TEA. Sem dúvidas, esta obra é uma contribuição de grande relevância tanto para leitores iniciantes, que estão a dar seus primeiros passos, quanto leitores mais experientes, que buscam novas ideias, atualizações e insights sobre o universo do TEA. Independente se você for um iniciante ou não na temática, eu iniciaria a leitura desta obra imediatamente e ansiosamente.

Dr. André A. B. Varella

Doutor em Psicologia (UFSCar), certificado como analista do comportamento, a nível de doutorado (BCBA-D) pelo Behavior Analyst Certification Board.

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DIAGNÓSTICO DO AUTISMO NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS

Henrique Cabral Furcin
Morgana de Fátima Agostini Martins
Kaio da Silva Barcelos
Priscila de Carvalho Acosta
Regina Basso Zanon

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) representa um transtorno do neurodesenvolvimento com início precoce, caracterizando-se por desafios no desenvolvimento de habilidades sociocomunicativas e notáveis modificações comportamentais (APA, 2014). O termo "Espectro" é empregado devido à considerável variabilidade na apresentação dos sintomas associados ao diagnóstico, conduzindo à sua abordagem em termos dimensionais (Schmidt, 2017). Essa variabilidade abrange desde prejuízos significativos na linguagem e falta de interesse em interações sociais até um foco integral nessas relações e habilidades de linguagem preservadas, o que torna o processo diagnóstico desafiador e demanda uma avaliação abrangente e com foco na qualidade, intensidade e convencionalidade dos sintomas apresentados, não restrita à análise isolada dos mesmos e apenas em termos de presença ou ausência. Quando se trata de crianças pequenas, nos primeiros anos de vida, a avaliação requer considerar as sutilezas dos sinais e sintomas em diferentes contextos e a partir de diferentes fontes de informações, bem como deve-se atentar para as influências ambientais no desenvolvimento sociocomunicativo e comportamental da criança.

O diagnóstico precoce do TEA é importante por, na maioria das vezes, possibilitar o primeiro encaminhamento da criança e da

família para as intervenções especializadas, o que melhora o prognóstico. No Brasil, as primeiras preocupações dos pais em relação ao desenvolvimento de seus filhos com TEA costumam aparecer aos 22 meses de idade, mas o diagnóstico só vem aos 46-47 meses, em média Montiel-Nava (2023; Zanon et al., 2017). Cabe mencionar que a média de idade da criança ao ser diagnosticada com TEA está decrescendo em vários países, e em nosso contexto, devido aos avanços nas políticas públicas e o acesso a instrumentos para rastreamento, acredita-se que o diagnóstico também esteja ocorrendo mais cedo nos últimos anos (Montiel-Nava et al., 2023; Zanon et al., 2017). No cenário brasileiro, até o momento, não se dispõe de instrumentos específicos para a avaliação diagnóstica do autismo que tenham evidências de validade recentes para a amostra brasileira. Cabe mencionar que a tradução e adaptação cultural da terceira versão da CARS está sendo realizada pela equipe da Doutora Monia Aparecida da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). Para fins de rastreamento dos sinais de TEA, temos disponíveis alguns instrumentos com propriedades psicométricas reconhecidas para uso no Brasil, entre eles destacam-se: M-CHAT; IRDI; PROTEA-R; ABC; ATA; SRS-II. Para maiores informações sobre os instrumentos citados, consultar Zanon e Furcin (2021).

Como mencionado, o diagnóstico precoce do TEA constitui um dos principais objetivos para aprimorar o tratamento e o prognóstico. Diagnósticos tardios associam-se a implicações adversas para o indivíduo e sua família, resultando em uma adesão tardia aos serviços de assistência especializada (Fein et al., 2017; Klin et al., 2015). Adicionalmente, um extenso corpo de pesquisa tem estabelecido conexões entre a intervenção precoce e melhorias na qualidade comunicativa, no desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos e no aumento da interação social em indivíduos com TEA (Dawson et al., 2022).

A determinação da idade da criança no momento do diagnóstico do TEA se constitui como uma informação crucial para a compreensão das características de cada contexto sociocultural e

dos seus desafios na implementação precoce de intervenções. Um estudo publicado recentemente investigou a média de idade do diagnóstico do TEA em países da América Latina e do Caribe, envolvendo 2520 cuidadores de crianças com autismo. A média brasileira identificada foi de 47.3 meses (30.5), posicionando-se como a segunda mais elevada quando comparada com os resultados de outros países contemplados no estudo, a saber: Argentina 45.2 (30.9), Chile 55.9 (34.1), República Dominicana 37.3 (18.0), Uruguai 43.1 (26.7), e Venezuela 41.1 (22.3). Apesar de as discrepâncias aparentarem ser significativas, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos tamanhos amostrais (N) e nos intervalos de confiança entre os países. Esse dado suscita preocupações quanto ao diagnóstico do TEA na América Latina, e em especial no contexto brasileiro (Montiel-Nava et al., 2023).

O enfoque deste estudo concentrou-se na abordagem das questões associadas ao diagnóstico do TEA no município de Dourados, localizado no Mato Grosso do Sul, permitindo uma compreensão mais aprofundada das particularidades dessa população, que não tem sido contemplada em estudos anteriores publicados sobre a temática. Como objetivo, buscou-se caracterizar o processo diagnóstico do TEA em participantes douradenses a partir de um estudo retrospectivo e partindo do relato de seus cuidadores. Especificamente objetivou-se descrever: os sintomas que primeiro preocupam os pais; a idade em que perceberam que a criança não estava se desenvolvendo conforme esperado; o intervalo de tempo entre perceber alguma alteração e a busca por ajuda profissional; idade da realização do diagnóstico; que profissional diagnosticou; satisfação em relação ao processo avaliativo; idade do início do tratamento e quais profissionais que tratam da criança.

Acredita-se que as informações investigadas nesse estudo sejam úteis para a compreensão das possibilidades e desafios da avaliação e intervenção precoce em casos de TEA em Dourados, o que poderá ser discutido considerando as especificidades do

contexto sociocultural e as características dos serviços de atendimento a esse grupo no município. Para tanto, a seguir serão contemplados os seguintes tópicos: 1) Caracterização do município de Dourados e de alguns dos serviços de atendimento a indivíduos com TEA; 2) Aspectos metodológicos da pesquisa; 3) Achados e Discussão; e 4) Considerações finais.

Caracterização do município de Dourados - MS e de alguns dos serviços de atendimento a indivíduos com TEA

O município de Dourados-MS foi fundado em 1935 e é localizado no Sul do estado do Mato Grosso do Sul. Estima-se que sua população seja de 227.990 habitantes constituindo a cidade mais populosa do interior do estado de Mato Grosso do Sul, sendo considerado o 9º maior município da região Centro-Oeste (IBGE, 2022). Antes de ser colonizado por imigrantes, o município era habitado pelas tribos indígenas Terena e Kaiowá, cuja presença dos descendentes é marcante até hoje, constituindo-se em uma das maiores populações indígenas do Brasil. Entre as atividades econômicas desenvolvidas no município destaca-se a pecuária, agricultura, o comércio e a indústria que também possuem papel relevante nesse setor (Dourados, 2020).

O Serviço Especializado de Atenção Multiprofissional ao Autista – SEAMA é um serviço próprio da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed/Dourados que possui uma parceria com a Universidade Federal da Grande Dourados, por meio do Projeto de Extensão intitulado “Orientação Técnica para pessoas com Autismo em Serviço Multiprofissional em Dourados MS” sob coordenação da Professora Doutora Morgana de Fátima Agostini Martins, desde 2017.

A clínica oferece atendimento multidisciplinar ao indivíduo com TEA, desde o processo diagnóstico e a caracterização dos sinais do transtorno até a realização do acompanhamento clínico baseado em um Programa Individual Terapêutico (PIT) feito pela equipe de profissionais e a família do beneficiário. Esse trabalho é

realizado em um espaço especialmente adaptado e destinado ao atendimento desse público (Barcelos et al., 2020). Os atendimentos realizados no referido espaço são nas áreas de: Psicologia (ABA), Psicopedagogia, Musicalização, Fisioterapia, suporte pedagógico e orientação parental. Os demais atendimentos são realizados em clínicas de profissionais credenciados ao plano de saúde.

Devido a parceria entre a instituição privada e a universidade, o serviço conta com um programa de cotas sociais, beneficiando indivíduos e familiares que não possuem plano de saúde, tanto para o processo de avaliação quanto para o atendimento. O projeto também conta com bolsas de estudos para alunos da Pós-Graduação (mestrado e doutorado), graduação (iniciação científica), e para professores participantes do projeto. Algumas pesquisas já foram realizadas no local (Garcia, 2018; Benevides, 2019; Barcelos, 2021; Boufleur, 2021; Machado Brasil, 2022; Acosta, 2023).

Dentre as atividades desenvolvidas no serviço destacam-se: avaliação diagnóstica; elaboração do PIT; atendimento especializado individual e/ou em grupo; encaminhamentos para profissionais da rede; formação e orientação de professores e familiares; suporte pedagógico em TEA; orientação parental, entre outras. Atualmente o serviço atende a 80 beneficiários, bem como os familiares e as escolas em que estão inseridos.

A Policlínica de Atendimento Infantil (PAI) é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Dourados-MS, e foi inaugurada em maio de 2017, localizada na rua Frei Antônio, n.3610, no bairro Terra Roxa, é exclusiva ao atendimento de crianças e adolescentes de zero a 16 anos, está articulada com a atenção básica do município, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e unidades hospitalares.

Em termos estruturais conta com uma área total de 1.039 metros quadrados, contando com uma sala de setor de regulação e espera, sala de apoio ao diagnóstico, setor ambulatorial, setor de apoio técnico e logístico, setor de reabilitação, administrativo, abrigo para resíduos sólidos e estacionamento para o público e

funcionários. A oferta de atendimentos são nas áreas de: Psicologia, Fonoaudiologia, Enfermagem, Pneumologia, Odontopediatria, Dermatologia, Ortopedia, Nutrição e Homeopatia pediátrica.

O Ambulatório Multiprofissional e Interdisciplinar de Atendimento do Espectro Autista (AMITEA) iniciou os atendimentos ao público na PAI em agosto de 2022. Atualmente conta com uma oferta de 120 vagas, para crianças e adolescentes com idade entre zero e 15 anos, com atendimentos nas áreas de: Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Assistência social, Odontopediatria e Pediatria. O setor de regulação de vagas municipal é responsável por analisar e agendar as consultas conforme protocolos estabelecidos pela rede e de acordo com a classificação de prioridade de cada caso.

O fluxo de atendimento no AMITEA ocorre por meio do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), passando por uma avaliação feita pelo profissional de Psicologia, identificando as necessidades do beneficiário e fazendo os devidos encaminhamentos para as especialidades, em concordância com as prescrições do laudo médico. Após a avaliação, os beneficiários que apresentam comprometimentos mais significativos no desenvolvimento, são encaminhados aos serviços conveniados, como por exemplo, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais APAE de Dourados e Escola Especializada Arco Íris - Associação PESTALOZZI de Dourados.

Outro centro de serviço gratuito à comunidade no município é o Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada - HUFGD (LABSPA), anexado ao Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados é responsável pelo recebimento de diversas demandas da área da Saúde mental, entre elas, o autismo que é vinculado ao projeto de extensão de responsabilidade da Dra. Regina Basso Zanon, intitulado de Núcleo de Atenção à Pessoa com Autismo (NAPA/UFGD). Existem ainda na cidade inúmeras clínicas de iniciativa privada, algumas contando com equipes multiprofissionais, e a Associação de Pais e Amigos dos Autistas da Grande Dourados (AAGD), uma associação sem fins lucrativos

que atende pessoas com TEA de todas as faixas etárias, sendo disponibilizados serviços de diferentes especialidades de saúde (<https://aagdautismo.com.br/index.php>).

Aspectos metodológicos da pesquisa

A coleta de dados do presente estudo esteve vinculada a um projeto maior cujo propósito primordial consistia na validação de uma Escala de Funcionamento Adaptativo (EFA) destinada à população com TEA, conforme delineado por Selau, Silva e Bandeira (2020). Sendo assim, para responder os objetivos propostos, foram selecionados do banco de dados da pesquisa maior informações sobre aspectos sociodemográficos dos participantes, informações sobre a gestação e o parto, além de um questionário abordando o processo diagnóstico do TEA, fundamentado no trabalho de Zanon (2017).

Foram analisados dados apenas do município de Dourados-MS, que foram coletados nas dependências de duas instituições privadas especializadas no atendimento a indivíduos com TEA, nomeadamente o SEAMA e o Expansão - Núcleo de Desenvolvimento Infantil, selecionadas por critérios de conveniência. Participaram cuidadores de crianças vinculadas a esses serviços, requerendo a disponibilidade dos pais para participação, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a limitação da faixa etária das crianças entre 6 e 15 anos.

As coletas foram realizadas junto aos pais nas instalações dos respectivos serviços, mediante entrevistas estruturadas. Todas as informações obtidas foram sistematizadas em tabelas, e um banco de dados foi construído utilizando a plataforma Google Forms. Considerando os critérios de inclusão, foram incluídos no estudo dados de 21 participantes, os quais foram analisados quantitativamente a partir da estatística descritiva. Essa abordagem metodológica visa fornecer um panorama dos elementos considerados na pesquisa, proporcionando uma base robusta para a análise e interpretação dos resultados.

Resultados e Discussão

No que concerne aos dados relativos à idade do diagnóstico, nossa pesquisa revelou uma média de 39.43 (21.28) meses entre os 21 participantes da amostra. Embora não se trate de um número (N) robusto e representativo para realizar inferências significativas, a comparação com os dados de Montiel-Nava (2023) relativos à população brasileira (47.3) sugere que a média encontrada em Dourados é inferior, constituindo um indicativo inicial promissor. Com exceção de casos específicos, todos os pais buscaram assistência das instituições de saúde imediatamente após o diagnóstico. Esse dado é relevante e corrobora a literatura, evidenciando que o diagnóstico, na maioria das vezes, é a porta de entrada para as intervenções especializadas que, por sua vez, contribuem para o prognóstico da criança (Fein et al., 2017; Klin et al., 2015).

No tocante aos profissionais responsáveis pelo tratamento das crianças atualmente, 100% das entrevistadas indicaram a presença de psicólogos, 81% mencionaram terapeutas ocupacionais, 66,7% fonoaudiólogos, e 57% relataram acompanhamento médico. É necessário interpretar esses dados com cautela devido ao viés associado à coleta de dados nas instituições em questão, em que o atendimento psicológico se destaca como o principal serviço oferecido. Portanto, a generalização desses resultados para a realidade mais ampla do município de Dourados deve ser realizada com prudência.

Os responsáveis pelas crianças foram questionados em relação aos principais sintomas presentes nas crianças atendidas nos serviços, sendo que as dificuldades com alimentação (recusa ao comer, comer muito, negar alguns alimentos com cores ou texturas específicas etc.) apareceram em 77,8% da amostra. Outro sintoma com grande prevalência no relato foram as dificuldades de coordenação motora, questões de equilíbrio, não se sustentar em pé etc, estando presente em 55,6% das respostas. A questão dos primeiros sintomas que chamaram a atenção da família, eram questões motoras, principalmente de motricidade fina e a fala

prejudicada ou ausência total de fala, começando em um período da vida e depois perdendo tal habilidade. Também foi reportado por muitos dos entrevistados como um dos primeiros sinais de dificuldade da criança e motivo que levam os pais a procurar ajuda profissional, o fato das crianças iniciarem o desenvolvimento da fala e depois regressarem em relação ao mesmo, o que é muito bem descrito na literatura como um dos sintomas iniciais apresentados - regressão de linguagem (Backes et al., 2013)

Quando perguntado para os pais em relação às principais dificuldades encontradas no processo de diagnóstico das crianças, a desinformação/falta de qualificação dos profissionais consultados apareceu em primeiro lugar, seguida de, a necessidade de ter que consultar muitos profissionais para chegar ao diagnóstico final. Mas uma parte 26% da amostra colocou que não obteve nenhuma dificuldade durante a busca do diagnóstico, demarcando a importância de pensarmos em estratégias para elevarmos esse número/porcentagem no município de Dourados-MS.

Já em relação a busca de tratamentos para as crianças após o diagnóstico, houveram diversas falas que retratam o desconhecimento dos cuidadores sobre os tratamentos para o TEA até a ocasião do diagnóstico do filho e as preocupações em relação aos custos e investimentos para isso. Observou-se também dificuldades em relação ao acesso aos locais de atendimento, e a fila de espera nos locais foi algo muito citado pelos participantes, junto com a escassez de profissionais capacitados, a demora em relação aos planos de saúde e questões relacionadas à medicação excessiva. Esses dados mostram que apesar da diversidade dos locais de atendimentos, o atendimento gratuito e de qualidade para indivíduos com TEA na cidade de Dourados-MS parece, segundo a amostra da pesquisa, não suportar a demanda crescente por atendimentos de crianças no espectro do autismo, não só da área da psicologia como da fonoaudiologia e de terapia ocupacional.

Considerações Finais

Este estudo proporcionou uma análise do processo diagnóstico e de intervenção precoce para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) no município de Dourados-MS. Os resultados sugerem uma média de idade do diagnóstico inferior à média nacional, indicando possíveis avanços no acesso aos serviços de avaliação. A presença predominante de sintomas alimentares e dificuldades de coordenação motora destaca a necessidade de abordagens terapêuticas multidisciplinares. Os desafios enfrentados pelos pais durante o processo diagnóstico, incluindo desinformação e a necessidade de consultar vários profissionais, ressaltam a importância de melhorar a capacitação profissional e a disseminação de informações na comunidade. A busca por tratamento revelou barreiras relacionadas à disponibilidade de serviços, longas filas de espera e escassez de profissionais qualificados, apontando para a necessidade de ampliar a oferta de atendimentos especializados, incluindo orientações parentais.

Apesar das limitações deste estudo, como o tamanho da amostra, os resultados oferecem uma visão pioneira e importante das dinâmicas do diagnóstico e tratamento do TEA em Dourados. Essas descobertas podem orientar futuras políticas públicas e práticas clínicas, visando aprimorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços para indivíduos com TEA e suas famílias. A colaboração entre instituições, como o SEAMA e o Expansão, aliada a projetos acadêmicos e de extensão, demonstra uma abordagem integrada e promissora para enfrentar os desafios locais relacionados ao TEA.

Sendo assim, acredita-se que este estudo, ainda que inicial e descritivo, contribui para a compreensão do cenário atual em Dourados-MS, permitindo uma reflexão sobre estratégias que podem ser implementadas para promover diagnósticos precoces do TEA na região atrelado ao encaminhamento para intervenções igualmente precoces, sendo esse o principal objetivo do diagnóstico. Novos estudos e iniciativas são necessários para

fortalecer a infraestrutura de atendimento e disseminar informações sobre o TEA, garantindo uma abordagem mais efetiva e abrangente para indivíduos afetados e suas famílias.

Referências

Acosta, P. C. (2023). *Protocolo de Avaliação de Repertório Comportamental (PARC) na Construção de Planos de Ensino Individualizado para crianças com Transtorno do Espectro do Autismo*. (Tese de doutorado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.

Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.

Barcelos, K. S., Martins, M. F. A., Acosta, P. C., Ferruzzi, E. H. (2020). Serviço Especializado de Atenção Multiprofissional ao Autista (SEAMA) Dourados/MS: algumas considerações. In Purificação, M. M., Catarino, E. M., Martins, P. C. B. (Orgs.), *Processos de Organicidade e Integração da Educação Brasileira* (pp. 94-98). Atena Editora, 2020.

Backes, B., Zanon, R. B., & Bosa, C. A. (2013). A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Codas*, 25(3), 268–273.

Barcelos, K. S. (2021). *O Profissional de Educação Física no Serviço Especializado de Atenção Multiprofissional ao Autista (SEAMA) em Dourados-MS*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.

Benevides, J. S. (2019). *Caracterização da atuação do professor de Educação Física nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas com TEA em Dourados – MS*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.

Bouffleur, E. M. (2021). *Famílias de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: Implementação e avaliação de um programa de apoio para*

inclusão escolar. (Tese de doutorado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.

Dawson, G., Franz, L., & Brandsen, S. (2022). At a Crossroads—Reconsidering the Goals of Autism Early Behavioral Intervention From a Neurodiversity Perspective. *JAMA pediatrics*.

Dourados. Inventário Turístico Dourados-MS. Departamento Municipal de Turismo. Dourados, 2012. Recuperado de <https://www.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/inventario-turistico-2020.pdf>

Montiel-Nava, C., Montenegro, M. C., Ramirez, A. C., Valdez, D., Rosoli, A., Garcia, R., Garrido, G., Cukier, S., Rattazzi, A., & Paula, C. S. (2023). Age of autism diagnosis in Latin American and Caribbean countries. *Autism*.

Fein, D., Barton, M., & Dumont-Mathieu, T. (2017). Optimizing outcome in autism spectrum disorders. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 4(1), 71-78.

Garcia, F. L. C. (2018). *Identificação e encaminhamento de crianças com transtorno do espectro do autismo em dourados: Fluxos e serviços de apoio à escolarização*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.

Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Reducing age of autism diagnosis: developmental social neuroscience meets public health challenge. *Rev Neurol*, 60, S3-11.

Machado Brasil, G. (2022). *Representações Sociais de pais sobre o Transtorno do Espectro do Autismo e inclusão escolar*. (Tese de doutorado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.

Schmidt, C. (2017). Transtorno do Espectro Autista: Onde estamos e para onde vamos. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 221-230.

Selau, T; Silva, M. A., & Bandeira, D. R. (2020). Construção e Evidências de Validade de Conteúdo da Escala de Funcionamento

Adaptativo para Deficiência Intelectual (EFA-DI). *Avaliação Psicológica*, 19(3), 333-341.

Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2017). Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Psicologia: teoria e prática*, 19(1), 152-163.

Zanon, R. B., & Furcin, H. C. (2021). *Avaliação precoce do autismo: sistematização dos instrumentos disponíveis e apresentação de um caso atendido no labspa/ufgd*. Editora UFMS.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DE DISSERTAÇÕES SOBRE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA UFGD (2017-2022)

Mitchel Vilar Cardenas
Felipe Maciel dos Santos Souza

A Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) foi estabelecida em 29 de julho de 2005 pela Lei 11.153. A UFGD foi formada a partir da transformação do campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e do Núcleo de Ciências Agrárias da cidade de Dourados. Essas unidades da UFMS em Dourados tiveram sua origem em medidas relacionadas ao ensino superior, implementadas pelo governo do Estado de Mato Grosso entre os anos de 1969 e 1970.

A Faculdade de Ciências Humanas (FCH) foi criada em 21 de setembro de 2006 por meio da Portaria nº 432 Reitoria/UFGD, sendo uma das nove faculdades que compõem a UFGD. Ao longo desse período, a universidade experimentou um crescimento contínuo com a criação de sete cursos de graduação por meio do Programa de Expansão Universitária. Posteriormente, em 2009, com sua adesão ao Programa REUNI, mais nove cursos foram estabelecidos, totalizando 28 cursos de graduação na modalidade presencial e dois na modalidade de ensino a distância.

Na área da pós-graduação, em 2012, a Universidade contava com 18 cursos *stricto sensu*, incluindo três doutorados e 15 mestrados. Em 2014, esse número aumentou para 26 cursos de pós-graduação *stricto sensu*, incluindo oito doutorados. O curso de Psicologia da UFGD foi inaugurado em 2009 e teve sua primeira turma graduada em 2014. A criação do programa de pós-graduação em Psicologia fazia parte do Plano de Desenvolvimento

Institucional, contando com o apoio da Faculdade de Ciências Humanas, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e da própria Reitoria. Assim, o Programa de Pós-graduação em Psicologia (PpgPsi) desempenha um papel fundamental nos esforços da UFGD para alcançar seus objetivos.

Ao direcionar seu desenvolvimento para a contribuição científica da Psicologia no país, o PPGPSI-UFGD se tornou um marco importante no processo de descentralização da pesquisa e da pós-graduação, visando ampliar a formação de profissionais em todas as regiões do Brasil. Diante disso o programa de pós-graduação tem duas grandes linhas de pesquisa, a saber: (1) Processos comportamentais e cognitivos e (2) Processos Psicossociais. O programa de Pós-graduação em Psicologia vem trazendo contribuições sobre o desenvolvimento humano desde 2017 com dissertações defendidas sobre essas temáticas, sendo assim o objetivo deste estudo é explorar dissertações defendidas sobre as temáticas de transtorno do neurodesenvolvimento, sendo direcionado para o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

Em meados dos anos 1940, as maiorias das teorias sobre o autismo começaram a ser estudadas. Essa foi uma época marcada pelo qual as perspectivas psicanalíticas dominavam o pensamento sobre a doença mental e destacaram a influência que as relações sociais tinham para o início do desenvolvimento sócio emocional de uma criança, e que isso poderia determinar muita coisa da vida desse indivíduo (Whitman, 2015).

Whitman (2015) destaca o psiquiatra Leo Kanner como o primeiro a descrever o autismo clássico, vendo-o como uma resposta ao estilo de criação infantil e sem valor emocional. Em seu estudo, Kanner julgava o autismo como sendo uma condição neurológica única que era decorrente da incapacidade de estabelecer vínculos afetivos próximos com outras pessoas, apontando que de certa forma os pais dos indivíduos que tinham autismo, eram frios, ausentes e distantes. Kanner descreveu as principais características do autismo, incluindo a incapacidade de se relacionar com pessoas, tais como; a falha no uso da linguagem;

a resistência a mudanças e uma preocupação em manter tudo igual; falta de resposta ao ambiente; rígida adesão a rotinas; e linguagem incomum que incluíam a ecolalia.

Para Kanner, a maioria dos autistas possuem inteligência acima da média, e descrevia que as crianças autistas tentavam manter o mundo externo distante (Whitman, 2015). Em conformidade com Whitman (2015), antes dos estudos de Kanner, começarem a ser publicados, os indivíduos que tinham autismo tendiam a ser incluídos em outros diagnósticos, como o de psicose infantil ou retardo mental, ou eram vistos como pessoas singulares e distintas do padrão, sendo assim, eram excluídas de seus meios sociais.

Neste mesmo período, Hans Asperger descreveu uma síndrome semelhante com a de Kanner, se destacando por descrever mais elementos típicos no desenvolvimento da linguagem. Asperger (1944) descreveu que o desenvolvimento da fala dessa síndrome por mais que não fosse atrasada, ainda assim possui aspectos não verbais estranhos, envolvendo expressões faciais apáticas e gestos inapropriados, e descreve a linguagem deles como diferente e estereotipada (Whitman, 2015).

Nos anos de 1950, 1960 e 1970, houve uma crescente preocupação em ajudar as crianças que tinham deficiências, e com o esforço dos pais, foi inaugurada a Associação Nacional para Crianças com Retardo, ajudando a aplacar as emergências. Porém, na década de 1960, foram expostos em livros, algumas práticas desumanas de tratamento nas instituições. Alguns estudiosos, como Bengt Nirje, descreviam essas instituições como sendo parecidas com os campos de concentração nazistas (Whitman, 2015).

Nos anos de 1970, começaram os direitos dos autistas ao tratamento ativo, à educação, e à liberdade, que foram estabelecidos por meio das lutas dos cidadãos e pela legislação para indivíduos com deficiência. Além disso, nesta mesma época, desenvolveram-se os programas de modificação comportamental, que inicialmente foram utilizados com indivíduos com níveis graves e profundo de retardo mental. Posteriormente, essas técnicas comportamentais foram empregadas em uma variedade

populacional, alcançando até as crianças matriculadas em escolas regulares (Mello, 2005)

No que diz respeito aos déficits relacionados à comunicação, observa-se que indivíduos com TEA têm dificuldade em manter conversas, compartilhar interesses e responder a interações sociais. Eles também apresentam maiores desafios no uso de comportamentos não-verbais durante a interação, como compreender gestos (APA, 2014).

No que se refere aos padrões estereotipados, é possível observar que pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam repetição motora simples e interesses fixos e restritos. Isso pode incluir inflexibilidade em relação a mudanças na rotina. Além disso, é comum que elas apresentem falas estereotipadas, padrões de comportamento repetitivos (como formas específicas de brincar) e comportamentos ritualizados. Outro aspecto relevante é o interesse fixo por objetos incomuns (APA, 2014).

É importante ressaltar que essas características se manifestam precocemente e causam impactos significativos na vida dos indivíduos afetados pelo transtorno. O DSM-V (2014) estabelece diferentes níveis de gravidade para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), dividindo-o em três níveis. O Nível 1 é caracterizado por déficits na comunicação, dificuldade em iniciar interações sociais e falhas na conversação. Além disso, esses indivíduos apresentam inflexibilidade comportamental que pode interferir no seu funcionamento diário em diversos contextos.

Indivíduos que se encontram no Nível 2 do Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam déficits mais significativos nas habilidades de comunicação. São caracterizados, por exemplo, por utilizar frases simples e apresentar uma comunicação não verbal acentuadamente peculiar (APA, 2014, p. 52). Além disso, enfrentam dificuldades em lidar com mudanças e exibem comportamentos estereotipados com frequência suficiente para serem facilmente observados por observadores casuais (APA, 2014, p. 52).

O Nível 3 é caracterizado pela população que apresenta os déficits mais graves em relação à comunicação social, bem como em

comportamentos restritos e repetitivos. Esses indivíduos têm grandes dificuldades na capacidade de estabelecer comunicação verbal e não verbal, encontrando-se desafiados em iniciar interações e demonstrando mínima abertura para interações sociais. Em relação aos comportamentos estereotipados, eles chegam a interferir no funcionamento em outras áreas devido à extrema dificuldade em lidar com mudanças na rotina, por exemplo.

Sabe-se que o TEA, embora tenha recebido destaque na literatura científica atual, ainda demonstra lacunas a serem investigadas. Neste sentido, com este trabalho, objetiva-se, com este trabalho, analisar as dissertações sobre TEA produzidas no PpgPsi-UFGD entre 2017 e 2022, a fim de que se identifique o atual cenário científico sobre esta temática no referido programa.

Materiais e Método

A pesquisa caracteriza-se como de método exploratório descritivo, que envolve a realização de um levantamento bibliográfico. Esse método exploratório descritivo é escolhido porque busca esclarecer conceitos e ideias, permitindo obter novas perspectivas e uma compreensão mais aprofundada do problema. Além disso, visa analisar a temática proposta em relação ao Transtorno do Espectro do autismo (Gil, 2008).

As publicações incluídas nesta etapa satisfaziam aos seguintes critérios: (1) Análises e discussões abordadas traziam implicações para o desenvolvimento de formação para programas de ensino de linguagem; (2) Apresentem o uso de tecnologias como uma ferramenta para aprimorar repertórios do desenvolvimento atípico; (3) Tragam contribuições para treinamentos de profissionais que desenvolvem trabalho para transtorno do desenvolvimento.

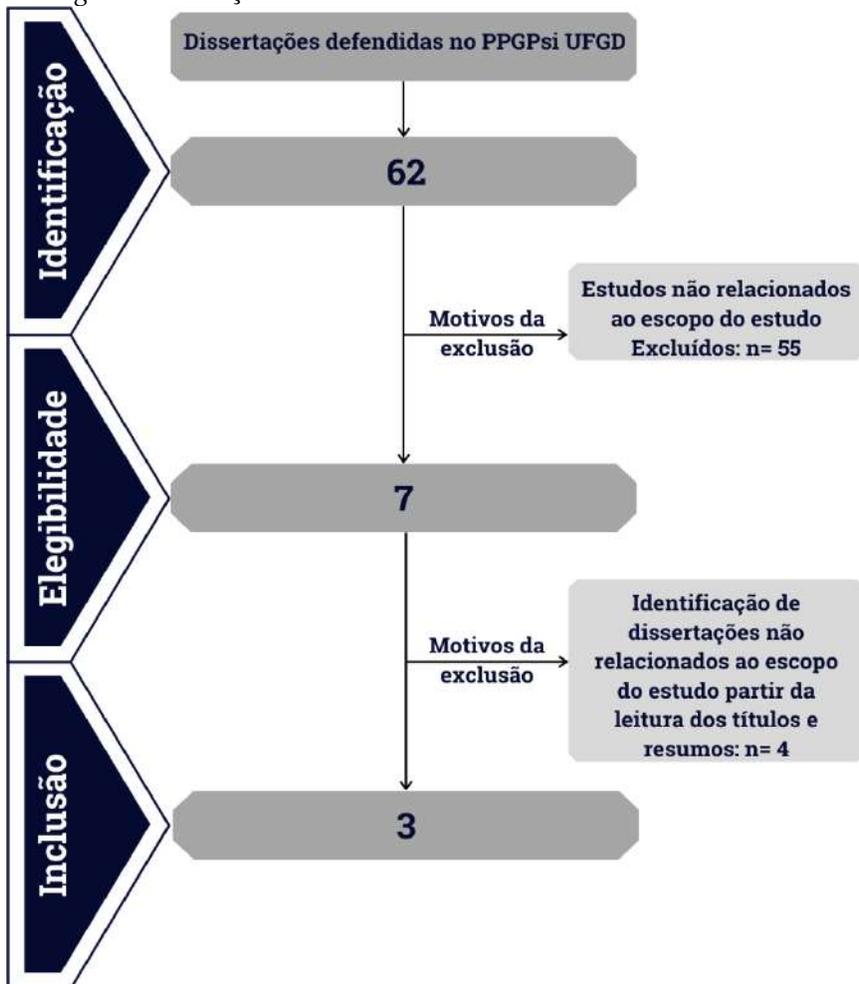
Deste modo, as dissertações que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídas por estarem fora do escopo, isto é, não se relacionando com o transtorno do neurodesenvolvimento, ou

abordando o tema como uma proposta para trabalho sem envolver crianças com Transtorno do espectro do Autismo.

A pesquisa foi realizada na base de dados do programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados. Foram incluídos estudos publicados nos últimos 5 anos até o segundo semestre do ano de 2022. a pesquisa abrangeu todas as pesquisas desenvolvidas por este programa de Pós-graduação.

Figura 1.

Fluxograma de seleção de estudos.



As etapas para a seleção dos estudos que compuseram a revisão foram utilizadas da seguinte forma: (1) **Identificação:** A etapa de identificação estabelece os parâmetros de pesquisa utilizados para permitir a replicação do estudo, define as bases de dados o intervalo de tempo de publicações selecionadas para a condução da pesquisa. A pesquisa na base de dados foi realizada nos campos de títulos, resumos e palavras-chave de modo a abranger o maior número de artigos que pudessem contribuir para o estudo, limitado a estudos publicados nos últimos cinco anos (2017-2022). Essa busca resultou em 62 documentos. (2) **Elegibilidade:** Nesta etapa, foram lidos os títulos, resumos e palavras-chave das dissertações, e verificados se atendiam preliminarmente aos critérios de inclusão definidos para esta revisão. De modo que, ao verificar que os estudos não se referiam ao desenvolvimento atípico, ou seja, que não abrangesse crianças com transtorno do neurodesenvolvimento em seu escopo ele seria excluído, e em caso de dúvida ou ausência de informação, os artigos passariam para a próxima fase de seleção. Foram excluídos 55 documentos, restando 7 para a próxima etapa. (3) **Inclusão:** Nessa fase, foi realizada a leitura completa das dissertações, verificamos se atendiam aos critérios de inclusão, ou se enquadravam em algum critério de exclusão, restando apenas aqueles que fariam parte do estudo.

Resultados e Discussão

Desde o nascimento do Programa de pós-graduação em Psicologia no ano de 2015 foram desenvolvidos 62 estudos a nível stricto sensu até o segundo semestre de 2022, desse quantitativo 5% das dissertações defendidas estão direcionados ao transtorno do neurodesenvolvimento. Nesse contexto, apontamos os estudos que foram desenvolvidos com desenvolvimento voltado para Transtorno do Espectro do Autismo. As dissertações foram categorizadas em grupos de acordo com suas contribuições para o

estudo, demonstrados no Quadro 1. Por fim, foram incluídas 3 dissertações para a revisão da literatura.

Quadro 1.

Informações sobre dissertações incluídas no estudo.

Autor(a)	Ano	Título	Objetivo(s)
GOLF, T. M.	2019	Investigando o efeito da veídemodelação de desempenho de habilidades básicas para crianças com transtorno do espectro autista	Avaliar o efeito da veídemodelação nas habilidades básicas de crianças com TEA.
ARAUJO, A. G. R.	2021	Neurodiversidade, estigma e autismo: Avaliação de um treinamento online em uma amostra brasileira	Investigar o impacto de um treinamento online no conhecimento e no estigma em relação ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uma amostra brasileira
DE AVILA, F. M.	2022	Avaliação de uma formação sobre o PECS e o PEI na inclusão de estudantes com transtorno do espectro do autismo	desenvolver, implementar e avaliar uma formação de professores para a inclusão de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em um município do

A primeira dissertação sobre transtornos do neurodesenvolvimento foi defendida no ano de 2019 com o título: Investigando o efeito da veideomodelação no desempenho de habilidades básicas para crianças com transtorno do espectro autista de Golf (2019), quatro anos depois do começo do programa de Pós-graduação em Psicologia. Indicando um interesse dos discentes sobre temas que discorressem sobre transtornos do neurodesenvolvimento.

No ano de 2022, com o título de Avaliação de uma formação sobre o PECS e o PEI na inclusão de estudantes com transtorno do espectro do autismo, a dissertação de De Avila (2022) foi desenvolvida dois anos depois da primeira dissertação defendida indicando 0,75% de estudos por ano desde a primeira defesa com investigações sobre transtorno do neurodesenvolvimento. Dessa maneira os estudos de 2019, 2021 e 2022 trouxeram resultados referentes as pesquisas desenvolvidas envolvendo transtornos do neurodesenvolvimento.

No estudo de 2019 foi desenvolvido um estudo envolvendo ensino sistematizado e baseado em evidências, sendo crucial para estimular o desenvolvimento, especialmente se os sinais precoces forem identificados. A videomodelação é uma abordagem bem-sucedida para intervenção em pessoas com TEA, pois utiliza pistas visuais que são preferenciais e eficazes nessa população. Essa técnica capacita profissionais e familiares interessados em ensinar habilidades básicas, como contato visual e imitação. O estudo aplicou a videomodelação como intervenção, combinada com a participação dos pais para manutenção das habilidades. A abordagem foi escolhida devido ao avanço tecnológico e à necessidade de um programa educacional mais adequado para pessoas com TEA. Os resultados mostraram ganhos positivos nas habilidades treinadas, demonstrando a importância da instrução explícita ao assistir aos vídeos. O estudo seguiu um currículo

personalizado, com entrevistas iniciais, sessões de linha de base e treinamento por videomodelação. Além disso, os pais receberam workshops para continuar os treinamentos em casa, e uma sessão de acompanhamento verificou a generalização dos comportamentos após um mês.

Já na pesquisa do ano de 2021 a pesquisa investigou o impacto de um treinamento online no conhecimento e no estigma relacionados ao autismo em uma amostra brasileira. A inclusão escolar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é respaldada por leis no Brasil, mas fatores como o estigma podem interferir nesse processo. A pesquisa consiste em cinco estudos que abordam a inclusão escolar, o movimento da neurodiversidade, a tradução e adaptação de escalas, a investigação das propriedades das escalas e o impacto do treinamento online. Os resultados contribuem ao disponibilizar versões brasileiras de escalas e apresentar um treinamento online eficaz na transformação do conhecimento e do estigma relacionados ao TEA. Os resultados corroboram estudos internacionais e introduzem uma análise inovadora. As limitações e implicações dos resultados são discutidas em cada estudo.

A pesquisa de 2022 buscou desenvolver, implementar e avaliar uma formação de professores para eliminar barreiras na inclusão de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em um município de Mato Grosso do Sul. Ela consistiu em dois estudos empíricos. O Estudo I foi um experimento quase-experimental que envolveu 14 professoras, sendo 7 da educação especial (Grupo Experimental) e 7 de outras áreas (Grupo Controle). O objetivo foi avaliar uma formação em Picture Exchange Communication System (PECS) para professores. O Estudo II é qualitativo e exploratório, buscando compreender a implementação do Plano Educacional Individualizado (PEI) e do PECS nos estudantes com TEA. Os resultados indicaram um aumento no conhecimento sobre o PECS e PEI no Grupo Experimental, além de melhorias na comunicação dos estudantes

com TEA. A implementação do PECS e do PEI foi avaliada positivamente pelas participantes.

É importante mencionar que no ano de 2020 nenhuma dissertação sobre transtorno do espectro do autismo foi publicada, ano de contexto de pandemia pela COVID-19, momento em que foi deferido prorrogações das atividades relacionadas a pesquisa acadêmica, demarcando um declínio de pesquisa neste ano em que vinha em um padrão de 1 dissertação por ano sobre transtornos do neurodesenvolvimento.

De acordo com o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (APA, 2014), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado pela presença persistente de déficits na comunicação e interação social, além de padrões de comportamento estereotipados. Além disso segundo dados do CDC (2023), estima-se que haja uma prevalência de 1 caso a cada 36 crianças. Isso indica que o TEA afeta um número significativo de indivíduos em todo o mundo.

Dentre os trabalhos apresentados uma preocupação é sobre o volume de pesquisas relacionados a esse tema quando se compara com a prevalência do autismo, no período de 2015-2022 apenas 3 dissertações defendidas representando 5% de representatividade no tema indicando uma defasagem e a necessidade de discutir sobre a necessidade correlacionando com a prevalência do autismo na atualidade.

Diante desse contexto cabe ainda entender o que está sendo pesquisado nessa lacuna de pesquisa, os estudos discorrem sobre o uso de tecnologias que capacitam ou buscam entender a melhor forma de capacitar as pessoas que estão envolvidas no desenvolvimento de pessoas com autismo envolvendo videomodelação, tradução de material para o contexto brasileiro e pesquisa exploratória para compreender a realidade de professores.

Comparando as principais dificuldades do autismo e os estudos desenvolvidos, podemos observar um ponto positivo. No autismo as possíveis inabilidades que ocorrem envolve a dificuldade na comunicação e interação social, bem como

comportamentos restritos e repetitivos, e os estudos desenvolvidos perpassam por habilidades de comunicação e habilidades no contexto social que estão sendo observadas em dois estudos, e no terceiro o foco foi viabilizar evidências internacionais para o contexto brasileiro.

Considerações Finais

Os resultados desses estudos refletem a importância de abordar o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e os transtornos do neurodesenvolvimento na pesquisa acadêmica em Psicologia. Embora tenham sido identificadas apenas três dissertações defendidas sobre o tema em um período de sete anos, esses estudos fornecem informações valiosas sobre intervenções e estratégias que podem melhorar a inclusão e o desenvolvimento de indivíduos com TEA.

No primeiro estudo, que envolveu a videomodelação como intervenção para crianças com TEA, foi constatado que essa abordagem é eficaz na estimulação do desenvolvimento, especialmente quando sinais precoces são identificados. A videomodelação se mostrou uma ferramenta promissora para ensinar habilidades básicas, como contato visual e imitação, e envolver os pais na manutenção dessas habilidades. Esse estudo demonstrou a importância da instrução explícita e personalizada, além do suporte contínuo dos pais, para garantir a generalização dos comportamentos aprendidos.

O segundo estudo abordou o impacto de um treinamento online no conhecimento e estigma relacionados ao autismo em uma amostra brasileira. Os resultados indicaram que o treinamento foi eficaz na transformação do conhecimento e na redução do estigma associado ao TEA. Além disso, esse estudo trouxe contribuições importantes, como a disponibilização de versões brasileiras de escalas de avaliação e a introdução de uma análise inovadora sobre inclusão escolar e neurodiversidade.

O terceiro estudo teve como objetivo desenvolver, implementar e avaliar uma formação de professores para eliminar barreiras na inclusão de estudantes com TEA. Os resultados indicaram que a formação em Picture Exchange Communication System (PECS) proporcionou um aumento no conhecimento dos professores e contribuiu para melhorias na comunicação dos estudantes com TEA. Esses resultados são encorajadores, pois destacam a importância de capacitar os professores e fornecer estratégias específicas para lidar com as necessidades educacionais desses estudantes.

É importante ressaltar que a baixa quantidade de estudos sobre TEA em relação à sua prevalência sugere uma defasagem na pesquisa acadêmica nessa área. No entanto, os estudos existentes abordaram questões relevantes, como habilidades de comunicação, inclusão escolar, treinamento de profissionais e adaptação de estratégias internacionais para o contexto brasileiro. Essas pesquisas ajudam a preencher lacunas e fornecem insights valiosos para aprimorar a compreensão e o suporte a indivíduos com TEA.

Considerando as principais dificuldades associadas ao TEA, como dificuldades de comunicação e interação social, bem como comportamentos restritos e repetitivos, é encorajador ver que esses estudos estão direcionados para abordar essas áreas específicas. Isso demonstra um esforço em desenvolver intervenções e estratégias que atendam às necessidades dos indivíduos com TEA, visando promover sua inclusão e bem-estar.

No entanto, é necessário um aumento no número de pesquisas e dissertações sobre o transtorno do espectro do autismo para melhor compreender e abordar os desafios enfrentados por essa população. A prevalência do TEA e suas complexidades exigem um engajamento contínuo da comunidade acadêmica para promover avanços significativos na compreensão e no suporte a indivíduos com TEA.

Referências

- Araujo, A. G. R. (2021). *Neurodiversidade, estigma e autismo: Avaliação de um treinamento online em uma amostra brasileira*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.
- Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023).
- De Avila, F. M. (2022). *Avaliação de uma formação sobre o PECS e o PEI na inclusão de estudantes com transtorno do espectro do espectro do autismo*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Golf, T. M. (2019). *Investigando o efeito da veideomodelação no desempenho de habilidades básicas para crianças com transtorno do espectro autista*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS.
- Tourinho, E. Z. (1999). Estudos conceituais na análise do comportamento. *Temas em Psicologia da SBP*, 7(3), 213-222.
- Tourinho, E. Z., & Sérgio, T. M. A. P. (2010). Definições contemporâneas da Análise do Comportamento. In: Tourinho, E. Z., & Luna, S. V. (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 1-13). Roca.
- Whitman, T. (2015). *O desenvolvimento do autismo*. M.Books.

CAPÍTULO 3

PRODUÇÃO DE SENTIDO NO COTIDIANO: UMA ANÁLISE DISCURSIVA DAS POLÍTICAS PARA O AUTISMO NO BRASIL

Karolaine Santos Deleprani Silveira

Kamilla Golin

Paulo Roberto dos Santos Ferreira

O direito a saúde é um dos constituintes para a qualidade de vida da sociedade, que além de garantido por lei, deve ser fiscalizado em sua efetividade. O conceito de saúde já passou por diversas mudanças, desde uma lógica restritiva, sendo focado o tratamento da doença para que os sujeitos fossem curados, ou seja, uma lógica de saúde como o oposto de doença, até o modelo atual que compreende os sujeitos em seus diversos contextos, num modelo biopsicossocial. A lógica biopsicossocial busca ver não restritamente a doença das pessoas, mas sim as pessoas que vivenciam essa doença. Por isso sua visão é ampliada, leva em conta os diversos fatores que estão presentes nas vivências das pessoas. Essa maneira de olhar as pessoas não apenas a doença que elas têm é uma maneira revolucionária que permite que se desenvolvam tecnologias de cuidado que sejam territoriais, humanas e vivas na vida das pessoas (De Marco, 2006).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) publicado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - V), em ambos é apresentado com sintomas como problemas de linguagem, desocialização e problemas de comportamento. Ele tem sido estudado em várias vertentes, como educação, saúde, direitos e políticas públicas. Embora estas pesquisas se devolvam

separadamente, todas essas áreas se encontrarão na realidade das pessoas autistas.

O TEA ganhou visibilidade no cenário nacional a partir de reivindicações de pais e profissionais para melhor qualidade no cuidado aos autistas. O Ministério da Saúde lançou documentos para que os profissionais da saúde adquirissem conhecimento sobre o transtorno para assegurar um bom acolhimento e diagnóstico. No âmbito jurídico, em 2017 foi aprovada a lei nº 13.439 que estabelece a obrigatoriedade de aplicação de protocolos ou instrumentos de detecção de risco de desenvolvimento psíquico para todas as crianças nos seus primeiros dezoito meses de vida. A importância dessa lei é corroborada pelo fato de que há um consenso entre os profissionais e pesquisadores de que o diagnóstico precoce é essencial para o tratamento das dificuldades apresentadas pelo transtorno às pessoas (Xavier, Marchiori & Schwartzman, 2019). E em janeiro de 2020 foi sancionada a lei nº 13.977 que cria a carteira de identificação da pessoa com TEA, com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Apesar de ter grande importância a criação de novas leis referentes ao TEA, é necessária a fiscalização das políticas públicas vigentes no Sistema Único de Saúde, visto ser esse o principal acesso de saúde da população. As pessoas com TEA recebem seu cuidado, ou deveriam receber, em todos os pontos da rede do SUS, desde a atenção básica até a alta complexidade.

A saúde mental infantil tem sido alvo de debates sobre sua efetividade. Preferencialmente as pessoas com o TEA precisam ser acompanhadas pelos Caps-i, mas estes não estão presentes em todas as cidades. Nas cidades em que não há a presença do Caps-i o atendimento à saúde mental infantil deve ser direcionado aos demais CAPS (I, II, III ou AD) e os pontos intersetoriais da linha de cuidado em saúde mental (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Como todo caminho de investigação em algum ponto se é atravessado pela temática. O interesse em pesquisar essa

problemática se deu a partir do envolvimento com o trabalho com crianças com TEA em um estágio no meu segundo ano cursando o curso de Psicologia, no ano de 2018 e com a identificação com a Psicologia Social e da Saúde. Esse trabalho está localizado na Psicologia da Saúde por investigar uma problemática que envolve a saúde de pessoas, pessoas com TEA, e com a Psicologia Social pois o objeto é analisar a produção de sentidos da concepção de autismo, diagnóstico e tratamento, presente nos discursos em dois documentos lançados pelo Ministério da Saúde diretamente para a temática do TEA no SUS.

Discursos nunca são neutros e estão diretamente ligados a formas de exercer poder. Foucault (1996) ao explicar os procedimentos de exclusão discorre várias possibilidades de como os discursos em seu interior e em seu exterior se tornaram lugares privilegiados para esse exercício. Portanto, é necessário ter uma atitude ativa e trazer a discussão quais discursos estão presentes no cotidiano, especificamente nesse trabalho, quais discursos estão presentes nas políticas direcionadas ao autismo.

Para Spink e Medrado (2013) na proposta metodológica “Práticas Discursivas – Produção de Sentidos no cotidiano”, o discurso pode ser explicado pelos processos de institucionalização, podendo ser em nível micro e macro social. Cada área de saber, grupo social, e demais estruturas institucionaliza um conjunto de linguagem e de sistemas de sinais linguísticos e com isso cria e exercita o *seu* discurso. Alguns fatores estão atrelados a essa institucionalização como o contexto histórico dos discursos que abarca elementos como interlocutores, tempo e espaço. Os discursos apesar de poderem permanecer no tempo, podem sofrer alterações, como pode-se observar no discurso do saber médico sobre o autismo, que em sua origem tratava desses sujeitos como *idiotas*, depois foram incluídos dentro da categoria de psicose infantil e hoje sendo conceituado como Transtorno do Espectro Autista (Marfinati & Abrão, 2014).

As práticas discursivas diferenciam-se por remeterem aos momentos em que fazemos uso ativo da linguagem, conforme os

autores, sua definição está como “linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink & Frezza, 2003, p. 26). Ou seja, esse uso ativo da linguagem se refere aos momentos que se age a partir da linguagem, como as ressignificações, produções de sentido, vale lembrar que para os estudos de sentidos, compreende-se como linguagem qualquer forma de comunicação: a fala, as artes, as políticas públicas, entre outras formas de comunicar, agir e produzir conhecimento.

O processo de produção de sentido nas práticas discursivas deve ser considerado como uma prática social, pois a linguagem sustenta as práticas sociais e compreende-se também como um “fenômeno sociolinguístico” que busca entender as diversas práticas discursivas que se apresentam no cotidiano (Spink & Frezza, 2003).

Compreender esses fenômenos e como eles se manifestam no cotidiano está em consonância com as ações da Psicologia Social. Dessa maneira, pôde desenvolver a compreensão da linguagem como mediação no processo de consciência fazendo clara referência ao lugar social ocupado pelo indivíduo e às determinações históricas a que está sujeito. Ao mesmo tempo, considerar o indivíduo também como produtor de sentidos recoloca-o em posição ativa, mesmo que de maneira contraditória. Na verdade, a investigação da articulação entre significados sociais e sentidos pessoais possibilitada pela atividade, concretiza a investigação da dialética subjetividade-objetividade (Bock, Ferreira, Gonçalves & Furtado, 2007, p.52-53).

Dentro do estudo das práticas discursivas existem várias possibilidades de análise, sendo que elas se dirigem as produções de sentido no cotidiano. A forma de análise escolhida aqui será na investigação de documentos de domínio públicos, especificamente, dois documentos oficiais do Ministério da Saúde. Mélo (2006) utilizou fontes documentais, (no caso textos, folders e fotos), para investigar como a noção de abuso sexual infantil se tornou um problema social, passando de uma "categoria médica" (relacionada

a um trauma físico que é preciso investigar e identificar com precisão) para uma "categoria psíquica" (referente às lesões impressas na "mente", nas lembranças), que requer tratamento psicoterápico. Imersa em redes de negociações de sentidos e fazendo parte dos dispositivos de governamentalidade, a noção de abuso faz parte da gerência das práticas sociais inscritas em documentos que implementam a pedagogia de governos e organizações. Trata-se de considerar os documentos em sua articulação com: quem os produziu, em que ocasiões, que interesses estavam em jogo, como são lidos, quem os lê, que propósitos e negociações estavam em jogo etc. Também é importante reconhecer as regras nas quais os textos são gerados (Méllo, Silva, Lima & Di Paolo, 2007).

Materiais e Métodos

A análise desses documentos se pautará na proposta teórica da autora Mary Jane Spink. A autora analisa como as práticas discursivas que podem ser face a face, pelas mídias, documentos, produzem sentidos no cotidiano. É importante explicitar que a produção de sentidos acontece tanto no cotidiano de quem trabalha com esses sentidos, como os profissionais e instituições envolvidas nos documentos analisados, quanto para quem é atravessado por ele, como as pessoas com TEA e suas famílias.

Segundo as autoras, a produção de sentido é uma prática indispensável na sociedade, ela se caracteriza como uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (Spink & Medrado, 2013, p.23).

Os documentos foram escolhidos por serem direcionados a toda a Rede SUS, ambos lançados pelo Ministério da Saúde. São

eles, Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) lançada no ano de 2014 e Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde lançado no ano de 2015. Entendendo como nossas práticas discursivas produzem sentidos nas nossas vivências, a análise desses documentos buscará entender qual as contradições entre esses documentos, quais sentidos esses produzem na Rede SUS, para isso foram escolhidas 3 categorias para análise de produção de sentido nesses documentos: Concepção de autismo, Diagnósticos e Tratamentos.

Resultados e Discussão

Para a análise foram escolhidas 3 categorias que serão apresentadas a seguir, no entanto, uma análise mais ampla dos documentos aponta um dilema, em que um situa o autismo na categoria de deficiência e no outro é situado na categoria de saúde mental.

(1) Concepção de autismo. Nesta categoria há um contraste entre os documentos no que se refere a pluralidade de concepções do que vem a ser o autismo. No documento Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) encontramos apenas uma concepção de autismo, esta vinculada a origem e compreensão psiquiátrica e no documento Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde são apresentadas variadas concepções da definição de autismo. É importante situar que esse contraste é destacado não para problematizar o que é entendido como autismo, mas sim para refletir e buscar as possíveis implicações da produção de sentido que terão esses documentos para aqueles que são dirigidos. De acordo com Spink e Gimenes (1994, p. 153), ainda valendo-nos das reflexões destes autores, reiteramos que os discursos podem competir entre si ou podem

criar versões de realidade que são distintas e incompatíveis. Conhecer alguma coisa é conhecer em termos de um ou mais discursos. Fica posta desta maneira a polissemia intrínseca às práticas discursivas; ou seja, a existência potencial de múltiplas significações concomitantes.

Conforme o apontamento dos autores, é importante que não apenas um discurso seja priorizado, principalmente pensando na lógica que Foucault estabelece sobre o poder dos discursos. Nesse sentido, é essencial que toda a Rede de Atenção à Saúde na complexidade desse cuidado diário as pessoas com TEA seja capaz de dar acolhida as diferentes concepções, o documento Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde enfatiza sua importância. Assim, as concepções cerebrais e relacionais, afetivas, cognitivas e estruturais terão que habitar o mesmo espaço público, se não quisermos correr o risco de que uma delas se autoproclame totalizante, acusando todas as outras de reducionistas, anticientíficas ou não condizentes com a “evidência” dos fatos (Brasil, 2015, p.30).

(2) Diagnóstico. Nesta categoria ambos os documentos se aproximaram nos discursos e objetivos quanto ao diagnóstico. É consonante entre os documentos que o diagnóstico precisa ser realizado por uma equipe multidisciplinar, que a detecção precoce dos sinais pode minimizar os impactos que podem acarretar naqueles que vivenciam o transtorno. O documento Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde amplia a discussão destacando as implicações que abrangem o amplo tema diagnóstico, trazendo considerações sobre reducionismo e diagnóstico, a não limitação a resultados de testes e exames. E o documento Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) aponta o cuidado necessário na comunicação desse diagnóstico as famílias, fornecendo orientações de como esse

diagnóstico deve ser comunicado, os cuidados a serem tomados para o cuidado da família no momento da comunicação.

(3) Tratamento. Nessa categoria pode se perceber que assim como na categoria diagnóstico, no discurso de cada documento há um significado daquilo que consideram importante para ser apresentado ao seu público. Desde a produção dos documentos esse elemento é fortemente marcado, o documento Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) foi elaborado por “Coordenado pelo Ministério da Saúde, um grupo de pesquisadores e especialistas de várias entidades elaborou o material aqui apresentado” (BRASIL, 2014, p. 6) e na sua proposta de tratamento a especialidade é a única proposta apresentada, com alguns trechos apontando que esse tratamento também deve ser feito em Rede.

Rios e Camargo Júnior (2019) constroem uma discussão em torno dos posicionamentos conflitantes na busca de tratamento para pessoas com TEA, demonstrando que a demanda por tratamento especializado também pode ser entendida como parte da consolidação de uma rede de *expertise* em torno do autismo no Brasil, a qual depende de práticas diagnósticas e terapêuticas desempenhadas por profissionais, e também da organização e da atuação política de pais ativistas e dos próprios autistas. As práticas diagnósticas e terapêuticas têm um papel importante na disseminação de um determinado tipo de concepção acerca do autismo, mas elas não se originam e nem se esgotam simplesmente entre profissionais especializados (Rios & Camargo Júnior, 2019, p. 1118).

Pensando em como a força dos discursos que esses documentos tem naqueles que atuarão em algum ponto da Rede de Cuidados para pessoas com TEA, entende-se que quando se prioriza uma significação do que vem a ser o tratamento adequado, se exclui outras possibilidades.

No documento Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, a elaboração contou com uma pluralidade de representatividades. Assim, a

construção de tal material decorre de esforços de um Grupo de Trabalho, constituído em dezembro de 2011, composto por representantes de universidades, da sociedade civil, gestores e profissionais de RAPS locais do SUS, coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (ATSM), do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Foram parceiros também a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATCAM), a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), bem como a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, com vistas a garantir a ressonância e a articulação entre todas as redes de interface para o cuidado das pessoas com TEA e de suas famílias (Brasil, 2015, p. 7).

E essa pluralidade é evidenciada nas propostas de tratamento apresentadas no documento que também apresentam a especialidade, mas que amplia e apresenta variadas propostas de tecnologias de cuidado. A forma com que esse documento abarca a pluralidade de opções de tratamento contribui para que as pessoas com TEA não sejam enquadradas em apenas uma forma de se ter o cuidado. Destaco que, as opções de tratamento para pessoas com TEA devem ser pensadas pela lógica de integralidade presente no Sistema Único de Saúde, transcendendo a prática curativa e fazendo sua práxis contemplando todos os níveis de atenção à saúde, olhando os usuários a partir de seu contexto familiar, social (Souza et al. 2012).

Considerações Finais

Os documentos mostraram que os discursos não são realizados sem que haja um processo de institucionalização, todos os grupos sociais exercitam o seu discurso, com o seu conjunto de linguagem e de sistemas de sinais linguísticos, e isso ficou

perceptível na forma com que cada documento produz significados para as categorias analisadas.

Os discursos presentes nos documentos também revelam a posição que a pluralidade ocupa na forma de se fazer o cuidado para as pessoas com TEA na Rede SUS. Sendo o documento Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde aquele que mais priorizou a pluralidade, desde a concepção de autismo até as variadas formas de tratamento.

Levando em conta que ambos os documentos trouxeram como preocupação garantir os direitos das pessoas com TEA para que tenham um cuidado em sua saúde de qualidade, a proposta de analisar os significados do que cada documento concebe o que é o Transtorno do Espectro Autista é para compreender os possíveis sentidos que aqueles que receberam esses documentos manifestaram no cuidado para as pessoas com TEA.

Referências

Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2014). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). *Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publica>

coes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtornos_autismo_versao_preliminar.pdf

Brasil. (2012). Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

Bock, A. M. B. *et al.* (2007). Sílvia Lane e o projeto do "Compromisso Social da Psicologia. *Psicol. Soc.*, 19(2), 46-56, 2007.

Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev.Bras.Psiquiatria [online]*, 30(4), 384-389.

De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev. bras. educ. med.*, 30(1), 60-72.

Foucault, M. (2007). *A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. (15a. ed). Loyola.

Marfinati, A. C., & Abrao, J. L. F. (2014). Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. *Estilosclin. [online]*, 19(2), pp. 244-262.

Nunes, F., & Ortega, F. (2016). Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o "direito ao tratamento". *Revista Saúde Soc.*, 25(4), 964- 975.

Rios, C., & Camargo Júnior, K. R. (2019). Especialismo, especificidade e identidade: as controvérsias em torno do autismo no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 1111-1120.

Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de Sentido no Cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análises de práticas discursivas. In: Spink, M. J. P. (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Spink, M. J. P., Brigagão, J. I. M., Nascimento, V. L. V., & Cordeiro, M. P. (Orgs). (2014). *A produção de informação na pesquisa social: Compartilhando ferramentas*. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Spink, M. J. P., & Gimenes, M. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade, 3*(2), 149-171.

Xavier, J. S., Marchiori, T., & Schwartzman, J. S. (2019). Pais em busca de diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo para o filho. *Psicol. teor. prat., 21*(1), 170-185.

CAPÍTULO 4

CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM DIFERENTES FASES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Matheus Silva Prenassi
Mônia Aparecida da Silva
Isabella Santos Machado

O transtorno do espectro autista (TEA) é caracterizado por alterações em dois domínios principais: 1) prejuízos socioemocionais evidentes na comunicação verbal e não verbal, na interação e nas trocas socioemocionais; e 2) presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association [APA], 2023; World Health Organization, [WHO], 2019). O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento e tem origem nos primeiros anos de vida, quando há a formação do sistema nervoso. Grande parte das crianças começa a apresentar sinais evidentes entre os 12 e os 24 meses de idade (Estes et al., 2019), e os sintomas variam em intensidade e qualidade ao longo do desenvolvimento. Apesar disso, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, o diagnóstico, usualmente, só ocorre por volta dos cinco anos de idade (Paula et al., 2020; Yates & Le Couteur, 2016).

O TEA tem etiologia multifatorial, incluindo uma combinação de fatores genéticos que interagem com variáveis ambientais (Silva & Elias, 2020). Como não existe biomarcador preditivo, exame de sangue ou de imagem, ou qualquer característica física que define o TEA, o processo diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na compreensão de sinais e sintomas e nos limiares que definem a presença ou ausência do transtorno (Howes et al., 2021). Isso significa que pessoas típicas podem apresentar sinais e sintomas

característicos do TEA, mas sem preencher os critérios suficientes para conclusão deste diagnóstico. Além disso, é preciso considerar possíveis comorbidades, que podem levar a um “ofuscamento diagnóstico”, uma tendência do não diagnóstico de outros transtornos quando uma condição mais perceptível, no caso em questão o TEA, está presente (Volkmar et al., 2014). Dentre as comorbidades mais comuns com o TEA têm-se os transtornos do neurodesenvolvimento, como a deficiência intelectual, os transtornos da comunicação e linguagem e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Maenner et al. 2020).

O objetivo principal da avaliação no TEA é realizar o diagnóstico, quando pertinente, e descrever características sintomatológicas e habilidades do paciente para orientar intervenções e tratamentos a partir do perfil da pessoa. Visa também identificar possíveis comorbidades ou problemas associados que podem afetar negativamente o indivíduo com TEA e seus familiares. Existem dificultadores do processo de avaliação, como o comprometimento da comunicação e da linguagem e problemas cognitivos associados, tornando difícil a diferenciação sobre se as características do sujeito são resultantes do TEA ou de alguma outra comorbidade ou fator ambiental, ou se uma combinação dos três fatores (Yates & Le Couteur, 2016).

A avaliação geralmente é realizada incluindo entrevistas, a observação do comportamento, a utilização de instrumentos e de tarefas estruturadas (Bosa & Zanon, 2016). Uma avaliação abrangente e bem fundamentada é mais do que a administração de vários instrumentos. A conclusão do profissional ou da equipe deve se embasar nos critérios presentes nos manuais como o DSM-5-TR (APA, 2023) e a CID-11 (WHO, 2019), bem como no entendimento de sinais e sintomas específicos ao longo do desenvolvimento, de forma a nortear a caracterização necessária ao diagnóstico. Entretanto, é importante ressaltar que uma extensa pesquisa tem sido feita para descrever sinais e sintomas presentes no TEA, já que os critérios dos manuais classificatórios fornecem uma visão mais restrita em termos de variabilidade de

manifestações sintomatológicas. Conhecer os sinais e sintomas do TEA, para além desses manuais, tem importância central no processo avaliativo.

A observação das características comportamentais do paciente, levantamento de dados sobre a sua história de vida, relatos de cuidadores e pessoas próximas a ele e o uso de instrumentos podem ter funções mais ou menos importantes dependendo de cada caso analisado (Bosa & Zanon, 2016). A dificuldade em reconhecer sintomas menos aparentes, ou camuflados, é um dos dificultadores para a conclusão diagnóstica. Os sintomas do TEA podem variar dependendo da fase do desenvolvimento que o indivíduo se encontra, de seu sexo, de seu nível intelectual, dentre outros fatores, tornando a identificação mais desafiadora. Especialmente nos casos mais leves, os sintomas podem não ser evidentes e por isso, as pessoas podem demorar a buscar ajuda especializada, atrasando o diagnóstico. Atualmente, a identificação tardia, bem como a percepção dos indivíduos diagnosticados na vida adulta, tem sido mais explorados (Ghanouni & Seaker, 2023).

À medida que o indivíduo com TEA se desenvolve, os sintomas podem se modificar, intensificar-se ou tornar-se mais sutis, adaptando-se ao contexto social e ambiental. A identificação de como essas mudanças se manifestam em diferentes fases da vida, infância, adolescência e idade adulta, é fator importante para os processos de avaliação e intervenção no transtorno. Este capítulo objetiva abordar a avaliação qualitativa dos sinais e sintomas do espectro autista ao longo do ciclo vital, partindo do desenvolvimento inicial e da evolução dos sintomas. Além da identificação de sinais e sintomas relevantes para a observação clínica, serão abordadas algumas características mais específicas, como a camuflagem social, e as diferentes apresentações do autismo nos sexos feminino e masculino. Ao final, será apresentado um estudo de caso com o objetivo de articular com a discussão teórica apresentada.

Apresentação Clínica do Autismo na Infância e Adolescência

Os primeiros sinais de autismo surgem nos estágios iniciais do desenvolvimento, mas sua identificação pode ser complexa devido à variedade de manifestações e à sobreposição com marcos típicos do desenvolvimento infantil. Observações detalhadas de comportamentos repetitivos, dificuldades na comunicação não verbal e dificuldades sociais são pontos cruciais para uma avaliação qualitativa eficaz nesse estágio. As dificuldades na atenção compartilhada (AC) também são indicadores precoces do autismo. A AC é entendida como um conjunto de habilidades utilizadas para responder (respostas de AC) ou direcionar (iniciativas de AC) a atenção conjunta para algo através do olhar, gestos e expressões emocionais, facilitando a comunicação e interação entre pessoas. Trata-se de uma habilidade sociocomunicativa exclusivamente humana, que se inicia por volta dos nove meses de idade do bebê com desenvolvimento típico, mas que, geralmente, não está presente em bebês com TEA (Zanon et al., 2014).

Estes et al. (2019) descreveram uma fase prodrômica para o TEA, que inclui preocupações dos pais de que há algo diferente, alterações sensoriais e motoras sutis e atenção visual atípica nos primeiros seis meses de vida. As diferenças sensoriais e motoras podem envolver atrasos no desenvolvimento motor e menor realização de movimentos espontâneos, como girar a cabeça em direção a estímulos sonoros ou visuais ou para acompanhar objetos em movimento. Entre os seis e 12 meses, o uso de gestos como apontar, o balbucio e a resposta ao nome e a demonstração de afeto positivo são mais reduzidos, bem como os prejuízos na AC, no contato visual e na reatividade emocional. Os déficits na comunicação social começam a ficar mais evidentes após o primeiro ano de vida. A partir do início do segundo ano do bebê, comportamentos restritos e repetitivos podem aparecer, bem como alterações sensoriais podem se tornar mais evidentes, assim como o uso repetitivo de objetos. Os atrasos na aquisição de marcos do desenvolvimento da linguagem se tornam perceptíveis. Aos 24

meses, a maioria das crianças com o transtorno já apresentam sinais claros, facilitando o diagnóstico clínico. Irmãos com alto risco para o transtorno geralmente exibem um surgimento mais lento dos sintomas, o que reforça a utilidade de monitoramento contínuo (Estes, 2019).

A regressão desenvolvimental também é um marcador importante na avaliação do TEA. Há indivíduos, principalmente aqueles com alto risco familiar para o TEA, que apresentam um curso de desenvolvimento bastante típico e em seguida ocorrem perdas de habilidades, geralmente na linguagem ou nas habilidades sociais, acompanhadas do aparecimento de comportamentos característicos do TEA (Landa et al., 2013). Landa et al. (2013), em um estudo prospectivo, acompanharam o desenvolvimento de 235 crianças, entre 6 e 36 meses. Algumas das crianças tinham alto risco para TEA, como aquelas que já tinham um irmão com diagnóstico, e outras eram crianças com baixo risco. No estudo, os autores identificaram duas categorias principais de início do TEA: precoce e tardio. O TEA precoce ocorria naquelas crianças com atrasos desde os primeiros anos de vida; já o TEA tardio, era atribuído àquelas que tiveram regressão de habilidades. O grupo com TEA precoce mostrou maiores déficits entre os 14 e 24 meses, embora tenha se equiparado ao grupo com TEA tardio aos 36 meses. A regressão ocorre em 20 a 30% dos casos e é mais frequentemente relatado por volta dos 18 aos 24 meses (Yates & Le Couter, 2016), contudo esses dados costumam variar conforme a metodologia do estudo (Boterberg et al., 2019). A regressão pode ser gradual ou repentina e, em alguns casos, sobreposta por atrasos sutis já existentes ou desenvolvimento atípico, como interesse extremamente intenso por objetos ou estímulos não sociais desde os primeiros anos de vida, mas que não são percebidos por cuidadores ou profissionais (Johnson et al., 2007). Assim, os estudos da área apresentam resultados inconsistentes em relação ao impacto da regressão, com estudos divergindo quanto a idade de início e o entendimento de como ocorre o prognóstico de crianças com autismo tardio (Boterberg et al., 2019).

Duvall et al. (2022), com base em discussões de especialistas na área e em uma revisão da literatura, apresentaram uma lista de sinais e sintomas do TEA, especialmente em crianças, que devem ser observados por profissionais de saúde. Os autores dividiram esses sintomas em duas categorias: bandeiras vermelhas e bandeiras rosa. A primeira está relacionada a comportamentos e características que indicam alta probabilidade de TEA (sintomas clássicos), que geralmente não aparecem em outros grupos clínicos. Já as “bandeiras rosa” são características mais sutilmente associadas ao quadro e que constituem sintomas menos definitivos, variando na intensidade, atipicidade, prevalência e especificidade. Algumas bandeiras rosas podem ser comuns e até apropriadas para o desenvolvimento de crianças mais novas (por exemplo, agitar as mãos e andar na ponta dos pés). Incluem sinais presentes também em outras condições clínicas, como dificuldade na compreensão e expressão de sentimentos ou emoções, contato visual variável ou mal modulado, dificuldade em manter uma conversa, entre outros. Por isso, a consideração apenas da presença desses indicadores isolados, sem levar em conta o contexto, ou alterações mais significativas de qualidade, levam, frequentemente, a diagnósticos errôneos de TEA.

Em relação a brincadeiras, bandeiras vermelhas para o TEA incluem-se interesses restritos, caracterizados por um interesse exaustivo e obsessivo por tópicos altamente específicos, como por exemplo, saber todos os modelos e peças de aviões de guerra. Enquanto isso, bandeiras rosas incluem um grande interesse em aprender e falar sobre determinados tópicos. Em relação ao comportamento de busca sensorial, bandeiras vermelhas incluem cheirar repetidamente objetos sem odor, como peças de quebra-cabeça ou alinhar e olhar ao longo da linha com olhar periférico. Bandeiras rosa incluem gostar de rolar no chão, girar em balanços ou cadeiras de escritório, brincar na água, buscar comidas picantes ou crocantes, procurar espelhos ou luzes brilhantes, preferir roupas justas, apreciar abraços apertados e cobertores pesados, andar descalço e acariciar ou esfregar o cabelo. Em relação à

inflexibilidade à mudança, comportamentos altamente característicos do TEA (bandeiras vermelhas) incluem sofrimento severo com mudanças triviais, tornando difícil a transição de atividades não preferidas para preferidas, além de comportamento rígido, como andar exclusivamente por um lado da calçada. Bandeiras rosa incluem estresse a mudanças mais relevantes, como ajustar-se a novos professores, deixar de fazer atividades preferidas ou ter preferência demarcada, como por um assento no carro ou prato favorito (Duvall et al., 2022).

Em relação à comunicação social verbal, comportamentos bandeira vermelha incluem perguntas perseverativas mesmo após respostas repetidas, reversão de pronome, como por exemplo, se referir a si mesmo com pronomes de terceira pessoa, apresentar ecolalia imediata e tardia em conteúdo e tom e regressão acentuada da linguagem. Já as bandeiras rosa incluem ter um planejamento específico para interagir com as pessoas, discurso excessivamente formal, ecolalia imediata de conteúdo, prosódia atípica, falar alto ou baixo demais para o contexto social e o atraso de linguagem com uma estagnação de habilidades. Em relação à comunicação não verbal, são bandeiras vermelhas usar a mão de outra pessoa como ferramenta, não apontar para compartilhar o interesse (iniciativa de AC), evitar regularmente o contato visual e não integrar o sorriso com o contato visual para compartilhar a alegria, mesmo com os adultos preferidos. Já as bandeiras rosa incluem levar os outros pela mão até o que desejam, ter um repertório limitado de gestos e contato visual variável ou mão modulado, não respeitar os limites habituais do espaço pessoal (ex. encarar de forma insistente ou se aproximar demais durante uma conversa) e possuir expressões faciais monótonas ou inadequadas (Duvall et al., 2022). Para informações mais detalhadas sobre diferentes indicadores que são bandeiras vermelha ou rosa para o TEA, sugere-se a leitura na íntegra de Duvall et al. (2022).

Na adolescência, assim como nas outras fases, o TEA se manifesta de maneira variada. Pessoas diagnosticadas com TEA na adolescência podem não ter sido identificadas mais cedo pelo fato

de a demanda do contexto não ter sido maior do que suas habilidades. As dificuldades de interação social e comunicação em adolescentes com TEA podem se apresentar em situações como: desafios na formação de amizades e na manutenção delas, interpretação equivocada de sinais ou pistas sociais e expressão de desconforto ao se integrar em situações convencionais, dificuldade na modulação do olhar e para cumprimentar e iniciar conversas com os pares (Keller et al., 2019). A rigidez cognitiva, também é algo observado, uma vez que adolescentes com TEA frequentemente podem manifestar dificuldades significativas em adaptar seus pensamentos e comportamentos a novas situações ou demandas. Essa inflexibilidade cognitiva pode impactar negativamente diversas áreas da vida do adolescente, incluindo o desempenho acadêmico, as interações sociais e a capacidade de enfrentar desafios cotidianos (Lei et al., 2022). A sensibilidade sensorial nesta fase da vida pode levar a uma sobrecarga em ambientes com muitos ruídos, e acarretar uma crise. Ademais, pode haver dificuldades com o toque e na organização de tarefas do cotidiano. Para alguns adolescentes com TEA, pode ser comum experienciar sintomas emocionais (Vasa & Mazurek, 2015), como baixa autoestima, ansiedade intensificada e, ocasionalmente, depressão. Estes sintomas podem ser agravados devido às dificuldades enfrentadas na interação social e na compreensão das complexidades sociais, muitas vezes levando a sentimentos de isolamento do mundo externo.

Na identificação do TEA em adolescentes, educadores e profissionais de saúde devem observar desafios psicológicos durante mudanças de cenário, como a transição para um novo tipo de escola. É fundamental também observar discrepâncias acentuadas entre habilidades acadêmicas que chamam a atenção e habilidades sociais com déficits, sobretudo em situações não estruturadas, como intervalos escolares. Adolescentes com TEA podem se mostrar socialmente ingênuos, enfrentar dificuldades nas relações sociais, ser vítimas de bullying e assumir posturas mais sérias e com tendência ao isolamento. Os déficits sociais

podem ser disfarçados por habilidades sociais aparentemente competentes, mas que, na realidade, refletem a imitação externa de comportamentos neurotípicos.

Autismo na Vida Adulta

Atualmente, o TEA na vida adulta também tem ganhado destaque, tanto na produção acadêmica (Mason et al., 2019), quanto pelo número crescente de diagnósticos nesta etapa da vida (Underwood, et al., 2022). Em 2012, uma das principais diretrizes para avaliação e intervenção de adultos com TEA foi publicada pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence*, intitulada *Autism: Recognition, Referral, Diagnosis and Management of Adults on the Autism Spectrum*. O documento foi elaborado por uma equipe multidisciplinar, que incluiu indivíduos com autismo e seus cuidadores, além de se basear em evidências científicas disponíveis na época, a fim de auxiliar e direcionar formas de cuidado e intervenção (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCME], 2012). Em 2021, este documento foi atualizado, passando a ser intitulado *Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management*, mas poucas alterações foram realizadas.

O *guideline* descreveu alguns prejuízos recorrentes de adultos com TEA. Em relação às dificuldades de comunicação social, estas podem se apresentar de várias formas, incluindo contato visual atípico, dificuldade em entender o espaço pessoal do outro, redução do interesse em socializar, dificuldades em compreender o comportamento dos outros, problemas em interpretar expressões faciais e entonação vocal, desafios em manter conversas equilibradas, dificuldade em manter conversas casuais e ingenuidade social. Além disso, podem ocorrer dificuldades em entender as perspectivas dos outros, em resolver conflitos, e em antecipar o impacto de certas palavras ou ações. Também, indivíduos adultos com TEA podem apresentar dificuldades em fazer e manter amizades, bem como em compreender expectativas sociais e se conformar a elas. Já em relação aos padrões restritos e

repetitivos do comportamento, interesse ou atividade, podem ocorrer evitação de lugares lotados, preferência por repetição e rotina, ansiedade diante de mudanças, necessidade de previsibilidade e foco em interesses específicos (NCCME, 2012).

Dentre os fatores relatados na literatura, que podem dificultar a identificação precoce de pessoas adultas com TEA, estão as capacidades intelectuais ou habilidades adaptativas adquiridas ao longo do desenvolvimento e da interação social, assim como a diferença entre os sexos (Alaghband-Rad et al., 2023). Um tema que vem sendo estudado na população adulta com TEA é a camuflagem social. Ela envolve comportamentos complexos de imitação e/ou ocultação de traços específicos do transtorno, a fim de que o sujeito consiga desempenhar um papel adaptativo ao responder às demandas de diferentes situações (Cook et al, 2021; Alaghband-Rad et al., 2023). Esses comportamentos e estratégias permitem ao sujeito mascarar certos sintomas e imitar comportamentos típicos para melhor se integrar em contextos sociais e em interações aparentemente mais recíprocas (Tubío-Fungueiriño et al., 2021). Embora a etiologia da camuflagem social seja multifacetada e envolva normas sociais, expectativas de gênero e diferenças neuropsicológicas, suas implicações para o bem-estar do sujeito são complexas. A camuflagem pode levar a sintomas de depressão, ansiedade e esgotamento por parte dos indivíduos com TEA (Alaghband-Rad et al., 2023).

As estratégias de camuflagem social, dada a carência de instrumentos como escalas ou inventários, podem ser analisadas de maneira qualitativa. Durante as sessões de entrevistas o profissional pode elaborar questões que visem identificar se o paciente tem habilidades de camuflagem e se percebe tais estratégias. É importante se atentar também para o quanto o indivíduo consegue verbalizar que esse comportamento emitido frequentemente é uma estratégia e não um comportamento socialmente convencional. Por exemplo, um determinado paciente ao ser questionado sobre a dificuldade de modular o olhar, pode relatar que não observa prejuízos em si mesmo quanto a este

quesito, contudo em um pedido de uma descrição mais detalhada, o avaliado por descrever que não olha para as pessoas no olho e sim na testa, no nariz ou na boca, o que, para os outros, transmite a ideia de contato visual. Embora algumas pessoas com TEA possam reconhecer conscientemente seus comportamentos de camuflagem social e entender suas motivações para esconder comportamentos atípicos em situações sociais, outras podem não perceber esses comportamentos como uma escolha consciente. Para elas, essas reações podem ser automáticas em situações sociais, sendo difícil de “desligar” (Cage & Troxell-Whitman, 2019).

Na prática clínica dos autores deste capítulo alguns pacientes adultos descreveram estratégias de camuflagem tais como: rir de piadas que não achou graça ou não entendeu, ter uma expressividade exagerada para contar histórias em que a performance pode ser útil, não ser honesta com a sua opinião, ter um “sorriso forçado” e se “policar” para manter o contato visual, mesmo que na maior parte do tempo esteja olhando para o meio da testa da pessoa. Além disso, alguns pacientes percebiam que imitavam comportamentos de colegas desde a infância, por não saber como agir em determinadas situações e, alguns relataram que parecia haver “duas versões” de si mesmo, uma “mascarada” e outra “desmascarada”. Estes comportamentos podem afetar a construção da identidade da pessoa (Cremone et al., 2023). Outro comportamento relatado aos autores, por um adulto com TEA, foi a estratégia desenvolvida para lidar com dificuldades acentuadas de entender expressões não verbais dos outros. Ao suspeitar que alguém estava zangado ou aborrecido com ele, costumava passar o dia observando a pessoa, analisando suas interações e comportamentos. Esse esforço visava discernir se a outra pessoa estava, de fato, irritada ou descontente com ele. Além disso, houve um relato sobre aprender a interpretar expressões corporais, faciais e tons de voz para compreender os sentimentos e pensamentos das outras pessoas relevantes para ela. No entanto, isso exigia esforços mentais constantes, não sendo algo natural. Ademais, ela evitava situações sociais nas quais pudesse ser o centro das atenções, e

mantinha contato visual por alguns segundos antes de desviar o olhar. Durante as conversas, costumava direcionar o foco para sua esposa para desviar a atenção de si mesma. Além disso, costumava ouvir e parafrasear trechos do que a outra pessoa dizia para demonstrar interesse.

Diferenças na apresentação do TEA de acordo com sexo

O TEA tem uma proporção diagnóstica de uma menina para cada quatro meninos (APA, 2022). Nessa perspectiva, várias hipóteses têm sido consideradas para investigar a relação entre esse fenômeno, abrangendo desde estudos com análise biológica (Lin et al., 2022) até aqueles com enfoque sociocultural predominante (Cola et al., 2022). Para essa discussão, é importante fazer uma distinção entre sexo biológico e gênero. O sexo é um conceito definido pela biologia, enquanto o gênero é um conceito construído com base em perspectivas socioculturais. Embora as pessoas tenham um sexo biológico definido ao nascer, a construção da identidade de gênero é um processo complexo que envolve a conscientização do próprio gênero e a maneira como lidam com as expectativas sociais relacionadas às atitudes e comportamentos considerados tipicamente femininos ou masculinos (Praun, 2011).

Na ótica psicossociocultural, a identificação mais tardia do TEA em meninas, comparado com meninos, pode estar, dentre outros fatores, intimamente relacionada às expectativas comportamentais esperadas culturalmente para cada gênero. Muitas vezes, as meninas precisam apresentar sintomas adicionais ou mais intensos para serem incluídas nos processos diagnósticos, o que não ocorre com os meninos. Logo, cada vez mais, se reconhece a possibilidade de haver um fenótipo autista com características femininas, devido às diferenças na apresentação dos sinais e sintomas (Lockwood Estrin, et al., 2021). Dessa forma, as práticas contextuais e culturais moldam e mantêm os comportamentos individuais. Nesse sentido, desde a infância, é difundida a ideia de que meninos e meninas devem adotar

comportamentos distintos, reforçando estereótipos arraigados e delineando expectativas para cada gênero. Há uma expectativa, geralmente, de que as mulheres sejam mais recatadas, enquanto os homens sejam mais aventureiros para comprovar sua masculinidade (Silva, 2015). Diante disso, enquanto o mesmo tipo de comportamento pode ser percebido como um sinal de alerta nos meninos, que deveriam demonstrar comportamentos mais expressivos, nas meninas, este pode passar despercebido por uma questão de expectativa de gênero.

A identificação de meninas com TEA também encontra alguns entraves na operacionalização dos critérios diagnósticos para o transtorno presentes nos manuais de classificação, que historicamente foram baseados, predominantemente, em estudos com meninos. Isso pode resultar em um viés diagnóstico, tornando mais desafiador identificar o TEA em meninas, cujas manifestações podem não se encaixar completamente nos padrões de diagnóstico estabelecidos. Ademais, em se tratando da construção de instrumentos, os sintomas dos manuais diagnósticos são, geralmente, utilizados para a operacionalização dos itens. Nas normas, as amostras dos instrumentos, quase sempre são compostas por mais indivíduos do sexo masculino, o que também se constitui como um possível viés na identificação e discriminação de mulheres com TEA. Assim, aponta-se para a necessidade crítica de revisão e adaptação desses instrumentos a fim de melhorar a sensibilidade e a eficácia na detecção de sintomas do autismo em uma diversidade de perfis individuais, independentemente do gênero (Navarro-Pardo et al., 2021).

Alguns estudos de diferenças de sexo na apresentação do TEA na infância têm auxiliado no entendimento da camuflagem social e de fatores relacionados ao atraso diagnóstico em adultos, especialmente em mulheres. Pesquisas têm apontado para diferenças de apresentação do TEA em relação ao sexo, que estão presentes em todas as faixas etárias (Dean et al., 2017; Hull et al., 2020, WHO, 2019). No estudo de Dean et al. (2017), os autores adotaram uma abordagem mista, combinando dados quantitativos

e qualitativos para analisar comportamentos sociais de crianças com TEA e desenvolvimento típico durante o recreio escolar. Dados quantitativos foram coletados por meio de observações e analisados para detectar diferenças entre grupos. Já os dados qualitativos foram obtidos por meio de diários de campo. Os resultados apontaram que as meninas com TEA tinham a tendência a participar de interações sociais não estruturadas em proporções parecidas com as meninas com desenvolvimento típico, como conversas e interações afetivas. Além disso, elas tendiam a utilizar estratégias de proximidade e de entrada e saída de atividades para encobrir suas dificuldades sociais. Já os meninos com TEA preferiam jogos com regras e muitas vezes se envolviam em atividades solitárias. Além disso, os meninos também tendiam a se engajar mais em comportamentos repetitivos, tornando seus desafios sociais mais óbvios. Os meninos com TEA também apresentaram maiores dificuldades de coordenação motora e de interação.

Tofani et al. (2023) analisaram uma amostra de 56 crianças pré-escolares diagnosticadas com TEA, sendo 44 meninos e 12 meninas, com idades médias de cerca de 36 meses. Utilizou-se a *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R), para avaliar diferenças de sexo na interação e comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos. Constatou-se que meninas com TEA eram menos propensas a exibir comportamentos restritos e repetitivos em comparação com os meninos, especialmente em crianças sem interesses sensoriais atípicos. Contudo, os resultados não apontaram diferenças significativas entre meninos e meninas com TEA quando se trata de comportamento social ou habilidades de comunicação/linguagem. No entanto, ao analisar somente as pontuações dos itens da ADI-R, foram encontradas diferenças no comportamento social entre meninos e meninas. Esse resultado é sugestivo de que, embora ambos os sexos possam apresentar déficits nessas áreas, podem existir diferenças em aspectos específicos destes déficits (Tofani et al., 2023).

Há alguns comportamentos descritos na literatura a respeito da diferenciação de indivíduos dos sexos masculino e feminino,

mas é importante salientar que os estudos da área ainda são divergentes (Napolitano et al., 2022; Grove et al., 2017). Apesar disso, mulheres com TEA, segundo os dados disponíveis, parecem ter uma tendência a não serem diagnosticadas quando possuem altos níveis de quociente intelectual (QI). Mulheres com TEA e QI médio usualmente mostram mais comportamentos sociais funcionais do que homens com TEA e níveis equivalentes de inteligência, além de exibirem menos comportamentos repetitivos. Associado a isso, indivíduos do sexo masculino frequentemente apresentam comportamentos externalizantes que chamam mais atenção, como hiperatividade e agressividade. Ademais, diferenças em habilidades como memória, flexibilidade cognitiva, fluência verbal e comunicação social também podem mascarar déficits do TEA em mulheres (Halladay et al., 2015).

Profissionais da área da saúde também identificam diferenças de sexo no autismo em relação ao funcionamento e à apresentação dos principais sintomas (Lundin et al., 2021; Jamison et al., 2017). Jamison et al. (2017) apontaram que, segundo o relato de profissionais, homens autistas frequentemente exibem mais comportamentos externalizantes, enquanto mulheres tendem a ter maiores problemas de internalização e uma maior motivação social, ou seja, interesse social e desejo em estabelecer interações. Atrasos na linguagem, assim como dificuldade na produção da fala, são mais evidentes em homens, enquanto mulheres podem ter déficits e atrasos menos marcantes na comunicação e linguagem. Ainda, esses profissionais relataram que os sintomas do TEA em mulheres são mais sutis, tornando o reconhecimento mais desafiador, devido ao aumento de comportamentos de sociabilidade e à camuflagem social. Lundin et al. (2021) apontaram que meninas autistas geralmente têm relacionamentos sociais e apoio de colegas, enquanto meninos autistas frequentemente tendem ao isolamento e sofrem mais *bullying*.

Apesar da maior motivação social em mulheres com TEA, elas podem apresentar dificuldades em manter amizades a longo prazo. Apesar da menor dificuldade social geral do que os homens

autistas, as mulheres enfrentam desafios particulares em outros aspectos da socialização, especialmente quando comparadas a mulheres não autistas (Hiller et al., 2014). Além disso, no que se refere a interesses restritos e repetitivos no autismo, observa-se que mulheres autistas geralmente apresentam níveis mais baixos desses interesses em comparação com homens (Hull et al., 2020). Os interesses específicos de mulheres autistas podem ser subestimados durante avaliações se não forem explorados, em especial, em termos de qualidade e frequência. Isso acontece, geralmente, porque os interesses atípicos dos homens estão em tópicos mais mecânicos, enquanto os das mulheres estão em temas mais relacionais (Grove et al., 2018; Nowell et al., 2021), o que faz com que a identificação de comportamentos rígidos e restritos demandem maior cuidado e investigação. Frequentemente, esses interesses passam despercebidos por cuidadores e profissionais, uma vez que, nas meninas eles podem estar mais alinhados às expectativas esperadas para a sua faixa etária, o que pode levar à subestimação das características do autismo em mulheres e, por conseguinte, à redução das chances de um diagnóstico clínico.

Em relação a problemas internalizantes, por exemplo, ansiedade, depressão, automutilação e distúrbios alimentares, percebe-se que as mulheres autistas têm uma probabilidade significativamente maior de apresentar estes transtornos do que os homens, que geralmente, externalizam em proporções maiores (Hull et al., 2020). Esse fenômeno pode impactar a identificação do autismo em mulheres, uma vez que a expressão mais intensa desses transtornos comórbidos podem mascarar as características autistas subjacentes, resultando em um diagnóstico exclusivo da condição coexistente. O problema é que tais dificuldades internalizantes não apenas aumentam o risco de condições de saúde mental mais sérias para as mulheres, mas também diminuem a probabilidade do diagnóstico de TEA ser prontamente reconhecido. Considerando as especificidades do TEA ao longo do desenvolvimento, bem como a apresentação diferenciada no sexo feminino, o estudo de caso a

seguir pretende ilustrar alguns aspectos importantes discutidos neste capítulo.

Apresentação e discussão de caso clínico

Manuela, 3 anos e 6 meses, foi encaminhada para avaliação psicológica com o objetivo de investigar a suspeita de TEA. A mãe de Manuela relatou a queixa de que a menina apresentava muitas estereotípias, atraso no desenvolvimento motor, desequilíbrio, ainda não tinha o controle dos esfíncteres e parecia ter hipersensibilidade a alguns sons. Dentre as técnicas qualitativas de avaliação, foram feitas a entrevista de anamnese com a cuidadora, além de entrevista com a professora da creche. Os instrumentos utilizados foram o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de TEA (PROTEA-R; Bosa & Salles, 2018), o Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI; Silva et al., 2020) e a Escala de Responsividade Social (SRS-2; Borges, 2021).

Durante o processo de avaliação, Manuela modulou bem as suas expressões faciais, com pouca dificuldade de manter contato visual com a avaliadora. Também foi possível constatar que Manuela demonstrava potencialidades cognitivas perceptíveis, como discriminar cores, formas e tamanhos, habilidades de contagem até o número 10. Apresentou uma grande desinibição social, recorrendo à imitação e aprendendo padrões sociais com facilidade. Por exemplo, em todas as sessões quando chegava à clínica ou na troca de atividades, Manuela falava “O que vamos fazer hoje?”, ou ainda “Tudo bem? Eu estou bem, e você?”. Aliado a isso, a avaliada se referia a ela mesma em terceira pessoa. Manuela falou bastante durante o processo de avaliação, mas se identificou mais tarde que não era uma fala direcionada à avaliadora. Em uma das sessões, a menina chegou à clínica falando de uma barata que havia visto no portão. Nessa ocasião, ela dizia “A barata é grande demais, você acredita?” por diversas vezes e, quando a avaliadora a questionou sobre o que ela havia feito com a barata e tentou

aprofundar aquela conversa, a menina não respondia, voltando a repetir a mesma frase, sem manter um diálogo ou uma interação recíproca. Na semana seguinte, repetiu a mesma frase “A barata é grande demais”, mesmo sem contexto para tal comentário. Em consonância, a mãe de Manuela também relatou que a paciente falava sobre determinados temas de forma repetitiva por vários dias e que, em cada período, manifestava interesse fixo por alguma coisa que havia visto ou ouvido. Em relação à comunicação não verbal, ela usou a mão da avaliadora, sem troca de olhares, como ferramenta em algumas situações, como para ajudá-la a abrir um pote ou a encaixar figuras. Ela também não era recíproca ao sinal de “toca aqui”, quando a avaliadora o fazia para ela.

Manuela não explorou os objetos de forma atípica e apresentou indícios de brincadeiras simbólicas, utilizando objetos do seu interesse, como carrinhos, mas de forma repetitiva. Durante uma sessão em que ela estava empurrando carrinhos no chão, a avaliadora introduziu uma variação em sua brincadeira, afirmando que um deles havia quebrado e que precisava consertar. A partir desse momento, a avaliada repetiu essa variação em todas as outras instâncias da brincadeira, sem qualquer modificação. Também foi possível perceber certa hipersensibilidade a estímulos sonoros durante as sessões, nas quais Manuela tapou os ouvidos diante de sons, como do ventilador, ainda que ligado na menor velocidade.

Durante a entrevista com a professora, foi relatado que Manuela prefere brincar sozinha, especialmente de atirar objetos pela sala. Ao se aproximar de seus pares, ela não se engaja totalmente nas brincadeiras desenvolvidas pelo grupo. A professora destacou a dificuldade de Manuela em compreender a “narrativa” das brincadeiras, citando o exemplo do faz de conta com panelinhas em que ela participa pegando algum dos objetos, mas parece dispersar-se facilmente. Manuela cumprimenta a professora e se despede dos colegas sempre da mesma maneira. A professora relatou estereotípias, como flapping em momentos de irritação ou superestimulação, acompanhado por caminhadas repetitivas e estereotípias vocais.

Em relação à análise quantitativa, Manoela apresentou atraso global no desenvolvimento no IDADI (Silva et al., 2020), foi classificada com um escore indicativo de risco relativo para TEA no PROTEA-R (Bosa & Salles, 2018) e com um rastreio positivo para TEA na SRS-2 (Borges, 2021). Diante da integração de dados quantitativos e qualitativos, foi possível concluir potencialidades cognitivas perceptíveis, o que fazia com que os prejuízos, principalmente de interação social, fossem inicialmente camuflados. Acerca dos padrões sociais aprendidos por Manuela, eles só foram possíveis de ser melhor observados e configurados como padrões atípicos de comunicação no decorrer das sessões de avaliação. Ela fazia o uso de frases aprendidas e de forma rígida e repetitiva, por isso, sua comunicação parecia, inicialmente, direcionada à avaliadora, dificultando a conclusão sobre se ela preenchia ou não o critério A do DSM-5-TR (APA, 2023) para o TEA. Somente a observação longitudinal permitiu perceber a natureza rígida e repetitiva deste comportamento verbal.

Manuela demonstrou um déficit em estabelecer um diálogo e manter e de aprofundar uma conversa. Por isso, apesar de apresentar perceptível motivação e interesse social, ela não conseguiu desenvolver a interação ou aprofundá-la, detendo-se a padrões aprendidos e esperados em contextos sociais, acarretando interações menos recíprocas. Além disso, demonstrou dificuldades relacionadas à linguagem não verbal, já que mesmo com a capacidade verbal funcional, ela utilizou a mão da avaliadora como ferramenta e não entendeu alguns gestos.

Foram também notados os padrões restritos e repetitivos em sua brincadeira, movimentos estereotipados das mãos e do corpo, estereotípias verbais e vocais. É esperado que indivíduos com TEA apresentem déficits nos domínios identificados na avaliação, principalmente na comunicação e linguagem expressiva e receptiva, no socioemocional e no comportamento adaptativo, nos quais Manuela apresentou atraso significativo no IDADI. Ela também demonstrou um atraso no desenvolvimento da brincadeira simbólica. Crianças na faixa etária de Manuela

geralmente exploram uma maior quantidade de brinquedos, além de brincar com outras crianças, compartilhando seus interesses, o que não ocorria na escola. A partir dos dados apresentados no processo avaliativo, conclui-se que Manuela apresentou sintomas característicos do TEA (DSM-5-TR F84.0, com comprometimento da linguagem concomitante - dificuldade de pronúncia da fala; CID-11, 6A02.2, sem deficiência intelectual e com linguagem funcional prejudicada).

Considerando as características singulares de Manuela é crucial reconhecer a expressão fenotípica distinta do TEA em meninas, destacando uma melhor comunicação recíproca, maior propensão a compartilhar interesses e adaptação contextual, apesar de desafios na compreensão social (WHO, 2019). Dessa forma, meninas autistas podem apresentar menos déficits sociais do que meninos, evidenciando uma inclinação para maior motivação social em comparação com o sexo masculino (Head et al., 2014). Os menores prejuízos em habilidades sociais parecem refletir expectativas sociais e reforços, principalmente, ao sexo feminino. Dessa forma, a avaliação do TEA em meninas, especialmente, deve sempre considerar a qualidade e abrangência dos comportamentos sociocomunicativos apresentados, dentro de uma perspectiva da desejabilidade social e cultural.

Considerações Finais

Este capítulo destacou a importância de uma avaliação qualitativa cuidadosa dos sinais e sintomas do TEA ao longo das fases do desenvolvimento. Reconhecer a variabilidade na manifestação dos sintomas com base na etapa da vida e nos papéis atribuídos a cada sexo é fundamental para uma compreensão mais completa e sensível do autismo, possibilitando a identificação e intervenções mais eficazes e personalizadas ao longo do tempo.

Referências

- Alaghband-Rad, J., Hajikarim-Hamedani, A., & Motamed, M. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1108110.
- Associação de Psiquiatria Americana. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5a. ed. rev.). Artmed.
- Borges, L. (2021) *Escala de Responsividade Social (SRS-2)*. Hogrefe.
- Bosa, C. A., & Salles, J. F. (2018). *Sistema PROTEA-R de Avaliação da Suspeita de Transtorno do Espectro Autista*. Vetor.
- Bosa, C. A., & Zanon, R. (2016). Psicodiagnóstico e transtorno do espectro autista. In C Hutz, D R Bandeira, C M Trentini & J Krug (Eds.), *Psicodiagnóstico*. Artmed.
- Boterberg, S., Charman, T., Marschik, P. B., Bölte, S., & Roeyers, H. (2019). Regression in autism spectrum disorder: A critical overview of retrospective findings and recommendations for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 102*, 24-55.
- Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders, 49*(5), 1899-1911.
- Cola, M., Yankowitz, L. D., Tena, K., Russell, A., Bateman, L., Knox, A. & Parish-Morris, J. (2022). Friend matters: sex differences in social language during autism diagnostic interviews. *Molecular autism, 13*, 1-16.
- Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021). Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 89*, 102080.
- Cremonese, I. M., Carpita, B., Nardi, B., Casagrande, D., Stagnari, R., Amatori, G., & Dell'Osso, L. (2023). Measuring Social Camouflaging in Individuals with High Functioning Autism: A Literature Review. *Brain Sciences, 13*(3), 469.

Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2017). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism, 21*(6), 678-689.

Duvall, S., Armstrong, K., Shahabuddin, A., Grantz, C., Fein, D., & Lord, C. (2022). A road map for identifying autism spectrum disorder: Recognizing and evaluating characteristics that should raise red or “pink” flags to guide accurate differential diagnosis. *The Clinical Neuropsychologist, 36*(5), 1172-1207.

Estes A, St. John T, Dager SR. What to Tell a Parent Who Worries a Young Child Has Autism. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(10):1092–1093.

Ghanouni, P., & Seaker, L. (2023). What does receiving autism diagnosis in adulthood look like? Stakeholders’ experiences and inputs. *International Journal of Mental Health Systems, 17*(1), 16. 10.1186/s13033-023-00587-6/.

Ghanouni, P., & Seaker, L. (2023). What does receiving autism diagnosis in adulthood look like? Stakeholders’ experiences and inputs. *International Journal of Mental Health Systems, 17*(1), 1-10.

Grove, R., Hoekstra, R. A., Wierda, M., & Begeer, S. (2017). Exploring sex differences in autistic traits: A factor analytic study of adults with autism. *Autism, 21*(6), 760-768.

Grove, R., Hoekstra, R. A., Wierda, M., & Begeer, S. (2018). Special interests and subjective wellbeing in autistic adults. *Autism Research, 11*(5), 766-775.

Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., Messinger, D., Pelphrey, K., Sanders, S. J., Singer, A. T., Taylor, J. L., & Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular autism, 6*(1), 1-5.

Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism, 5*(19).

- Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: Evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(8), 1381–1393.
- Howes, A. E., Burns, M. E., & Surtees, A. D. R. (2021). Barriers, facilitators, and experiences of the autism assessment process: A systematic review of qualitative research with health professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), 449–460.
- Hull, L., Petrides, K.V. & Mandy, W. (2020). The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7, 306–317.
- Jamison, R., Bishop, S. L., Huerta, M., & Halladay, A. K. (2017). The clinician perspective on sex differences in autism spectrum disorders. *Autism*, 21(6), 772-784.
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.
- Keller, R., Bari, S., & Castaldo, R. (2019). Diagnosing ASD in adolescence and adulthood. In R. Keller (Ed.), *Psychopathology in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorders* (pp. 1-21). Springer.
- Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014). ASD in females: Are we overstating the gender difference in diagnosis? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 67–84.
- Landa, R. J., Gross, A. L., Stuart, E. A., & Faherty, A. (2013). Developmental trajectories in children with and without autism spectrum disorders: the first 3 years. *Child development*, 84(2), 429-442.
- Lei, J., Charman, T., Leigh, E., Russell, A., Mohamed, Z., & Hollocks, M. J. (2022). Examining the relationship between cognitive inflexibility and internalizing and externalizing symptoms in autistic children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 15(12), 2265-2295.

Lin, J., et al. (2022). Transtorno do Espectro Autista em Meninas: Características Clínicas e Dificuldades Diagnósticas. *Boletim do Curso de Medicina da UFSC*, 8(2), 32-37.

Lockwood Estrin, G., Milner, V., Spain, D., Happé, F., & Colvert, E. (2021). Barriers to Autism Spectrum Disorder Diagnosis for Young Women and Girls: a Systematic Review. *Review journal of autism and developmental disorders*, 8(4), 454-470.

Lundin, K., Mahdi, S., Isaksson, J., & Bölte, S. (2021). Functional gender differences in autism: An international, multidisciplinary expert survey using the International Classification of Functioning, Disability, and Health model. *Autism*, 25(4), 1020-1035.

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Robinson Rosenberg, C., Lee, L.-C., Harrington, R. A., Huston, M., Hewitt, A., Esler, A., Hall-Lande, J., Poynter, J. N., Hallas-Muchow, L., Constantino, J. N., Fitzgerald, R. T., Zahorodny, W., Shenouda, J., Daniels, J. L., Warren, Z., Vehorn, A., Salinas, A., Durkin, M. S., & Dietz, P. M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance summaries*, 69(4).

Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M., ... & Parr, J. R. (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 3387-3400.

Napolitano, A., Schiavi, S., La Rosa, P., Rossi-Espagnet, M. C., Petrillo, S., Bottino, F., Tagliente, E., Longo, D., Lupi, E., Casula, L., Valeri, G., Piemonte, F., Trezza, V., & Vicari, S. (2022). Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: Diagnostic, Neurobiological, and Behavioral Features. *Frontiers in psychiatry*, 13.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK. (2012). *Autism: Recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum*. British Psychological Society.

Navarro-Pardo, E., López-Ramón, M. F., Alonso-Esteban, Y., & Alcantud-Marín, F. (2021). Diagnostic tools for autism spectrum disorders by gender: Analysis of current status and future lines. *Children*, 8(4), 262.

Nowell, K. P., Bernardin, C. J., Brown, C., & Kanne, S. (2021). Characterization of special interests in autism spectrum disorder: A brief review and pilot study using the special interests survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 2711-2724.

Paula C. S., Cukier S., Cunha G. R., Irarrázaval M., Montiel-Nava C., Garcia R., Rattazzi A. (2020). Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: Similarities and differences among six Latin American countries. *Autism*, 24(8), 2228–2242.

Praun, A. G. (2011). Sexualidade, gênero e suas relações de poder. *Revista Húmus*, 1(1).

Silva, C. C., & Elias, L. C. D. S. (2020). Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. *Avaliação Psicológica*, 19(2), 189-197.

Silva, M. A., de Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI)*. Vetor Editora.

Silva, A. D. (2015). Ser homem, ser mulher: as reflexões acerca do entendimento de gênero. In M. *Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina* (pp. 51-100). Editora UNESP.

Tofani, M., Scarcella, L., Galeoto, G., Giovannone, F., & Sogos, C. (2023). Behavioral gender differences across Pre-School Children with Autism Spectrum Disorders: A cross-sectional study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(8), 3301-3306.

Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021). Social camouflaging in females with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 2190-2199.

Underwood, J. F., DelPozo-Banos, M., Frizzati, A., John, A., & Hall, J. (2022). Evidence of increasing recorded diagnosis of autism spectrum disorders in Wales, UK: An e-cohort study. *Autism*, 26(6), 1499-1508.

Vasa, R. A., & Mazurek, M. O. (2015). An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Current opinion in psychiatry*, 28(2), 83.

Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J., & State, M. (2014). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(2).

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*.

Yates, K., & Le Couteur, A. (2016). Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 513-518.

Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30, 25-33.

CAPÍTULO 5

CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM SOCIOPRAGMÁTICA PARA A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DE CRIANÇAS PEQUENAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Bárbara Backes

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por comprometimentos sociocomunicativos e pela presença de padrões de comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados (*American Psychiatric Association*, 2013). Portanto, alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem oral são comuns, se não universais, em crianças com TEA, sendo a intervenção fonoaudiológica uma indicação terapêutica frequente nesses casos (Ip, et al., 2019). Saliencia-se que o profissional fonoaudiólogo está habilitado a estimular habilidades sociocomunicativas verbais e não-verbais, além de implementar recursos de comunicação aumentativa e alternativa, quando necessário, com foco na promoção da comunicação funcional. Para tanto, faz-se necessário não apenas ter domínio acerca das etapas de desenvolvimento da linguagem oral e seus subsistemas, mas, também, das habilidades preditoras da linguagem (ex. iniciativa e resposta de atenção compartilhada, imitação, compreensão da intenção comunicativa), seus componentes e sua relevância em termos ontogenéticos. É justamente nesse processo de raciocínio clínico, empírica e teoricamente embasado, que a abordagem sociopragmática pode fornecer contribuições importantes.

Com o intuito de oferecer subsídios para embasar esse processo de raciocínio clínico, inicialmente, esse capítulo abordará aspectos básicos referentes ao desenvolvimento típico da linguagem e, em seguida, será apresentado um panorama geral

contemplando as principais características da linguagem oral em crianças com TEA. Finalmente, serão expostos pontos chave acerca da aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, e suas habilidades preditoras, a partir da abordagem sociopragmática.

Padrões gerais da aquisição da linguagem oral

A apresentação breve de aspectos básicos referentes ao desenvolvimento típico da linguagem oral servirá como base para uma melhor compreensão dos déficits presentes na comunicação de indivíduos com TEA. Contudo, antes de discorrer a respeito dos principais marcos linguísticos, torna-se oportuno comentar, brevemente, acerca dos elementos constitutivos da linguagem. Kaufman (1996) cita que esta é composta por diferentes subsistemas: fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática. A fonologia compreende o conhecimento dos sons com significado linguístico (fonemas) e das regras para combiná-los em unidades significativas, enquanto a morfologia estuda a estrutura interna e a formação de palavras, incluindo as unidades significativas mínimas da linguagem ou morfemas. A sintaxe, por sua vez, refere-se ao conhecimento do significado das palavras e à combinação destas para a formação de frases. Já a semântica estuda o significado das frases e das palavras que as compõem. Finalmente, a pragmática refere-se ao uso da linguagem na sua função comunicativa, em diferentes contextos socioculturais. Além disso, as informações prosódicas, isto é, a entonação e a cadência da fala (inflexão, acentuação, pausa e duração) estão intrinsecamente relacionadas à pragmática, uma vez que conferem características peculiares à fala de cada sujeito, modulando e realçando o significado do discurso (Oliveira et al., 2011).

Embora a forma como é visto o desenvolvimento da linguagem possa variar de acordo com os pressupostos teóricos adotados, a hierarquia na aquisição dos marcos linguísticos em crianças com desenvolvimento típico parece ser consenso entre pesquisadores. No contexto brasileiro, segundo Schirmer et al.

(2004), se observam duas fases distintas do desenvolvimento típico da linguagem: a pré-linguística, caracterizada pela presença de sons primitivos e vocalizações; e a linguística, definida a partir do aparecimento das primeiras palavras. Até os 3 meses de idade a criança emite apenas sons primitivos, acompanhados pelo surgimento das primeiras vogais. Após essa idade inicia-se o balbucio, que ganha maior expressão depois dos 6 meses em função do aparecimento das primeiras consoantes (e.g. “bubabá”). Aos 9 meses de idade a criança imita sons, emite jargões e balbucios mais complexos com diferentes combinações consonantais (e.g. “gudadá”). Em torno dos 12 meses surgem as primeiras palavras (e.g. “mamá”, “papá”), sendo que aos 18 meses o vocabulário expressivo pode conter de 30 a 40 palavras. Entre os 18 e os 24 meses a criança começa a combinar duas palavras (e.g. “dá papá”) e entre os 24 e os 30 meses se observa um vocabulário expressivo de cerca de 150 palavras, ocorrendo a combinação de duas ou três palavras em uma frase. A partir dos 36 meses de idade inicia o uso de artigo, plurais e verbos auxiliares e aos 48 meses a criança faz perguntas, entabula conversações, comenta a respeito de acontecimentos passados e futuros.

De forma semelhante ao contexto brasileiro, o desenvolvimento típico da linguagem de falantes do inglês norte-americano também é composto por um período pré-linguístico e outro linguístico. Até os 3 meses de idade a criança emite sons guturais diversos e entre os 4 e 6 meses inicia o balbucio, com o surgimento de vogais como “p”, “b” e “m”. Após os 7 meses, se observa balbucio composto tanto por grupos de sons curtos quanto longos e imitação dos sons da fala. Segundo Tager-Flusberg et al. (2005), em torno dos 12 meses de idade a criança começa a produzir as primeiras palavras, sendo que aos 15 meses ela possui um vocabulário expressivo de cerca de 10 palavras, utilizando-o para fazer pedidos e comentários. Aos 18 meses o vocabulário expressivo é composto por mais ou menos 100 palavras e começa a ocorrer a combinação de duas ou mais palavras na mesma frase (e.g. “more milk” – mais leite), sendo que 50% das consoantes já são

produzidas corretamente. Em torno dos 24 meses de idade o vocabulário expressivo da criança conta com cerca de 300 palavras, sendo que a combinação de palavras em uma mesma frase é predominante. Aos 36 meses o vocabulário expressivo chega a 900 palavras e praticamente 100% da fala da criança é inteligível, contendo comentários a respeito de acontecimento passados e futuros. A partir dos 48 meses a criança não apresenta mais processos fonológicos, embora algumas distorções nos sons mais complexos possam se manter (e.g. /s/, /l/, /r/). Contudo, o desenvolvimento da linguagem não ocorre dessa forma em todas as crianças. Em seguida serão apresentadas características e alterações por vezes observadas no desenvolvimento da linguagem oral em crianças com TEA.

Características do desenvolvimento da linguagem oral em crianças com TEA

Atrasos e/ou alterações na aquisição e no desenvolvimento da linguagem são características de indivíduos com TEA, sendo que déficits na comunicação podem se apresentar precocemente, geralmente antes dos dois primeiros anos de vida (Zwaigenbaum et al., 2019; Schaefer et al., 2023). A ausência das primeiras palavras e frases, entre os 12 e 24 meses, aproximadamente, constitui-se um dos principais motivos de preocupação dos pais de crianças com TEA, embora possa haver comprometimentos sociais mais precoces não identificados inicialmente (Zanon et al., 2014; Zwaigenbaum et al., 2019). Entretanto, alguns sujeitos com essa condição não apresentam atraso na aquisição de marcos linguísticos, mas sim alterações no uso social da linguagem (i.e. pragmática) e em suas características suprasegmentais, como a entonação (Schaefer et al., 2023).

De fato, pesquisas demonstram que a forma de apresentação dos comprometimentos da linguagem varia significativamente no TEA, podendo se observar casos em que as capacidades linguísticas se aproximam do considerado típico e outros nos quais se observa

pouca ou nenhuma comunicação funcional (Schaefer et al., 2023). Para fins de elucidação dessa variabilidade, três perfis comunicativos costumam ser reportados na literatura, ainda que não haja consenso, são eles: 1) TEA sem comprometimento de linguagem (i.e. sem déficits nas habilidades relacionadas à linguagem estrutural), 2) TEA com comprometimento de linguagem (i.e. com déficits nas habilidades relacionadas à linguagem estrutural, como a sintaxe) e 3) TEA minimamente verbal (i.e. ausência de linguagem oral ou expressão limitada ao uso de algumas palavras e/ou frases simples) (Schaefer et al., 2023).

Além disso, alguns indivíduos com TEA apresentam características peculiares no uso da linguagem. Dentre essas características, evidencia-se a presença de ecolalia, isto é, repetição rígida da fala de outros (Ryan et al., 2022), jargões descontextualizados (Eigsti et al., 2007) e rituais verbais, ou seja, insistência rígida em uma sequência de palavras (Smith et al., 2009). Destaca-se que indivíduos com repertório expressivo restrito, por exemplo, frequentemente utilizam comportamentos idiossincráticos e não-convencionais para se comunicar. Neste sentido, a própria ecolalia, que é um sintoma, pode ter função comunicativa, o que deve ser considerado no contexto da intervenção fonoaudiológica (Ryan et al., 2022). Refletindo a diversidade encontrada dentro do espectro, a apresentação de comportamentos não-convencionais na linguagem de crianças com TEA é significativamente heterogênea (Eigsti et al., 2007).

Desta forma, fica evidente a variabilidade existente no desenvolvimento da linguagem no TEA, o que pode ser decorrente da presença de comorbidades, dos diferentes graus de comprometimento intelectual, bem como da influência exercida por outras habilidades no desenvolvimento da linguagem, como Teoria da Mente, funções executivas e QI não verbal (Schaefer et al., 2023). De fato, a capacidade cognitiva parece estar relacionada à existência de perfis linguísticos tão distintos, tanto que pesquisas internacionais na área do TEA e da linguagem tendem a diferenciar indivíduos com baixo e alto funcionamento cognitivo (Eigsti et al.,

2011). Isso não quer dizer que pessoas com TEA e alto funcionamento cognitivo, por exemplo, não tenham alterações de linguagem, mas sim que a forma de apresentação dessas alterações difere dentro do espectro, concentrando-se, por exemplo, em aspectos pragmáticos e mais abstratos da linguagem, como uso e compreensão de expressões idiomáticas, ironia e metáforas (Friedman & Sterling, 2019; Schaefer et al., 2023).

Portanto, levando-se em consideração os subsistemas que compõem a linguagem oral, indivíduos com TEA podem apresentar comprometimentos fonológicos, morfológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos. De forma geral, os estudos têm demonstrado que déficits na linguagem estrutural (i.e. fonologia, morfologia, sintaxe e semântica) não são universais no TEA, apresentando-se de forma bastante heterogênea dentro do espectro (Eigsti et al., 2011; Schaefer et al., 2023). Por outro lado, a literatura indica que a grande maioria dos indivíduos com TEA, se não todos, apresenta alterações das habilidades pragmáticas, em maior ou menor grau (Eigsti et al., 2011; Schaefer et al., 2023).

Em relação à linguagem estrutural, mais especificamente à fonologia, pesquisas demonstram que algumas crianças com TEA podem apresentar padrões atípicos na aquisição fonológica (ex. estruturas silábicas complexas) e atraso no desenvolvimento fonológico (Gernsbacher et al., 2016; Schaeffer et al., 2023). No que concerne à morfossintaxe, a literatura abarca achados controversos, por exemplo, enquanto alguns estudos não encontraram diferença na performance de crianças com TEA em comparação a seus pares neurotípicos, outros identificaram que os participantes com TEA apresentam dificuldade na compreensão e produção de estruturas morfossintáticas diversas (Friedman & Sterling, 2019; Gernsbacher et al., 2016; Schaeffer et al., 2023). Finalmente, a semântica configura um campo pouco explorado nas pesquisas envolvendo indivíduos com TEA, com achados bastante incipientes (Schaeffer et al., 2023). Por exemplo, algumas pesquisas encontraram discrepâncias no vocabulário de crianças com TEA, com escores maiores no vocabulário expressivo do que no receptivo, já outros estudos

obtiveram resultados opostos ou, ainda, não identificaram diferença entre o vocabulário expressivo e o receptivo (Friedman & Sterling, 2019).

Conforme referido anteriormente, o comprometimento da pragmática é um traço comum nos sujeitos com TEA (Friedman & Sterling, 2019; Schaeffer et al., 2023; Tager-Flusberg, 2006), sendo, provavelmente, essa universalidade responsável pelo expressivo número de estudos encontrados na literatura nacional e internacional. Entretanto, as características e déficits pragmáticos apresentam grande variabilidade entre os indivíduos com TEA (Friedman & Sterling, 2019; Schaeffer et al., 2023). Por exemplo, alguns estudos identificaram comprometimento na compreensão e uso de metáforas, expressões idiomáticas, metonímias, ironia, mas esse achado não é consenso na literatura (Schaeffer et al., 2023). Cabe ressaltar que alterações na pragmática tendem a manter-se constantes ao longo do desenvolvimento desses indivíduos e necessitam ser endereçadas em intervenção, tendo em vista sua relevância para a construção de relações sociais significativas.

Aquisição da linguagem oral: contribuições da abordagem sociopragmática

De acordo com Tomasello (1999/2003), as habilidades cognitivas, sociais e linguísticas modificam-se ao longo do tempo, tanto em termos filogenéticos quanto ontogenéticos. Essas modificações são resultado de um processo de transmissão cultural, único da espécie humana, denominado de evolução cultural cumulativa. Para o autor, esse processo requer criatividade para desenvolver novos conhecimentos e estabilização para mantê-los acessíveis às próximas gerações, o que ocorre, basicamente, através da aprendizagem por imitação, por instrução e por colaboração.

Tomasello (1999/2003) destaca que a aprendizagem cultural humana só se faz possível em função da capacidade do ser humano de compreender os outros como seres iguais a ele, possuidores de

estados mentais e intencionais como os seus. Cabe ressaltar que, ontogeneticamente, primeiro as crianças percebem a si e aos outros como agentes intencionais, em torno dos 12 meses, e depois enquanto agentes mentais, em torno dos 48 meses de idade. O autor classifica essa capacidade, de identificar-se com os outros e compreendê-los como agentes intencionais e mentais, de chave sociocognitiva, pois permite que a criança participe “da coletividade conhecida como cognição humana” (p.10). Segundo o autor, essa chave sociocognitiva é de suma importância, já que possibilita que a criança, através da aprendizagem cultural, adquira símbolos linguísticos e outros artefatos comunicativos. A aquisição da linguagem transforma a natureza das representações cognitivas da criança, fazendo com que ela desenvolva a capacidade de adotar diferentes pontos de vista sobre uma mesma situação perceptual, simultaneamente.

Conforme Tomasello (1999/2003), a linguagem é uma instituição social simbolicamente incorporada. Os símbolos linguísticos e outros artefatos comunicativos foram criados para possibilitar e facilitar interações cognitivas e sociais. Portanto, para o autor, a linguagem está diretamente relacionada com aptidões sociocognitivas e sociointeracionistas.

Do ponto de vista sociocognitivo, Tomasello (1999/2003) destaca a importância de três habilidades: atenção compartilhada, compreensão da intenção comunicativa e imitação com inversão dos papéis. Essas habilidades estão inter-relacionadas e proporcionam um contexto intersubjetivo no qual ocorre o processo de simbolização, fundamental ao desenvolvimento linguístico. A atenção compartilhada concerne a situações de interação social triádica em que a criança e o adulto dividem experiências em relação a um terceiro objeto/evento/símbolo referente e, para tanto, regulam a atenção um do outro. Essa habilidade é a base sociocognitiva da aquisição da linguagem e aparece, inicialmente, entre os 9 e 12 meses, estabelecendo-se entre os 13 e 15 meses de idade da criança.

Para o autor, cenas de atenção compartilhada envolvem, necessariamente, intencionalidade por partes dos seus atores e, portanto, relacionam-se à compreensão da intenção comunicativa. Esta habilidade caracteriza-se como o principal processo através do qual a criança entende o uso adulto de símbolos linguísticos. Para tanto, a criança deve compreender os outros como agentes intencionais e compreender a intenção do ato comunicativo que ocorre em uma cena de atenção compartilhada. Essa habilidade aparece, inicialmente, aos 12 meses, estabelecendo-se em torno dos 18 meses de idade. Já a imitação com inversão de papéis, constitui-se como o principal processo de aprendizagem cultural que possibilita o uso ativo de símbolos linguísticos. A partir dessa habilidade, a criança aprende a utilizar um determinado símbolo comunicativo dirigido ao adulto da mesma maneira como este o fez em relação a ela. Todo esse processo resulta em um símbolo linguístico, que é uma convenção comunicativa intersubjetivamente compreendida utilizada para induzir os outros a interpretarem uma situação experiencial ou a assumirem uma perspectiva em relação a ela.

Do ponto de vista sociointeracionista, Tomasello (1999/2003) salienta que a aquisição da linguagem se dá em atividades sociais estruturadas e partilhadas com outros, sendo o fluxo da interação social e o intercâmbio discursivo essenciais no referido processo. É nesse contexto social que a criança apreende as características básicas dos símbolos linguísticos: a intersubjetividade e a perspectiva. Estes são intersubjetivos porque todos os agentes envolvidos no fluxo conversacional compreendem seu propósito comunicativo; e perspectivais, pois podem variar em função desse propósito. O autor ressalta que a natureza perspectiva é o que diferencia os símbolos linguísticos de outros símbolos humanos. Além disso, o ser humano compartilha com outros primatas a habilidade de se comunicar, porém somente a espécie humana compreende estas duas propriedades fundamentais do símbolo linguístico, que emergem a partir das experiências obtidas nas interações sociais mais precoces, sendo a intersubjetividade adquirida mais cedo. Tomasello

(1999/2003) descreve detalhadamente de que forma esta compreensão ocorre nos primeiros meses de vida e se expande no segundo semestre. O período entre 9 e 18 meses é um dos mais críticos para esse processo, denominado por ele de “revolução sociocognitiva dos 9 meses”.

Nesse sentido, na perspectiva de Tomasello (1999/2003), os passos desenvolvimentais da linguagem dizem respeito ao aprendizado de construções linguísticas que, gradualmente, tornam-se mais abrangentes. Essas construções iniciam-se em torno dos 12 meses de idade com as chamadas holófrases. Esse veículo simbólico refere-se a expressões linguísticas compostas por apenas uma unidade que exprimem uma ideia mais complexa (e.g., “Mais” para dizer “Eu quero mais água”). A partir dos 18 meses de idade, aproximadamente, surgem as construções-pivô, constituídas por um vocábulo constante que designa um evento ou estado e uma palavra para indicar o participante, que varia conforme a cena (e.g., “Mais água”, “Mais chocolate”). Entretanto, o papel desempenhado pelo participante não é indicado simbolicamente, o que passa a ocorrer somente nas construções verbais insuladas que emergem aos 22 meses de idade. Essas últimas construções são formulações linguísticas organizadas em torno de verbos específicos, de acordo com o contexto social e cultural da criança (e.g., “Dá a bola”, “Dá o lápis”), que significa **você** (que está com a bola ou com o lápis) dá (a bola ou o lápis) para **mim**. Os participantes envolvidos na ação variam conforme a intenção comunicativa, enquanto a estrutura relacional – ordem das palavras e marcação gramatical – tende a se manter a mesma.

As construções verbais insuladas servem como base para construções linguísticas mais abstratas e complexas que se iniciam em torno dos 36 meses. As formulações abstratas, por sua vez, são esquemas cognitivos construídos lentamente a partir dos padrões retirados das expressões verbais insuladas, possibilitando o desenvolvimento de uma competência linguística mais produtiva. Nessa assertiva, Tomasello (1999/2003) cita alguns exemplos das primeiras construções apresentadas por crianças anglofalantes com

certo grau de abstração, como as orações atributivas e identificativas (e.g., “Ela é minha mãe”, “Está bonito”). Finalmente, as crianças aprendem a utilizar construções linguísticas complexas em situações conversacionais. Eventos ou estados são encadeados e observa-se a marcação de um ou mais participantes, de modo a formar uma narrativa com estrutura coerente e racional.

Permanece, então, a questão concernente ao processo de aquisição das construções linguísticas anteriormente referidas. Nessa assertiva, Tomasello (1999/2003) destaca que, biologicamente, as crianças estão preparadas para adquirir linguagem, visto que possuem aptidões sociocognitivas e fonoarticulatórias básicas. Entretanto, essas capacidades, embora fundamentais, não são suficientes para a aquisição de construções linguísticas, sendo necessários outros processos, como aprendizagem cultural, discurso e conversação, e abstração e esquematização. A aprendizagem cultural diz respeito à imitação por parte da criança num determinado contexto comunicativo. Ela precisa entender a quais aspectos da cena de atenção compartilhada se refere a construção linguística empregada pelo adulto e, imitativamente, aprender aquela construção para aquela função comunicativa. Já o discurso e a conversação possibilitam à criança envolver-se dialogicamente com outras mentes, entrando em contato com diferentes estruturas linguísticas e compreendendo funções comunicativas diversas. A Tabela 1 apresenta as principais construções linguísticas e as cenas experienciais nas quais se desenvolvem, durante o processo de aquisição da linguagem.

Quadro 1.

Construções Linguísticas e Cenas Experienciais na Aquisição da Linguagem

Idade aproximada	Cena experiencial	Linguagem
9 meses	Cenas de atenção compartilhada (não-simbolizadas)	Período pré-linguístico
12 meses	Cenas simbolizadas (simbolização indiferenciada)	Holófrases
18 meses	Cenas separadas (diferenciação de eventos e participantes)	Construções de tipo pivô
22 meses	Cenas sintáticas (marcação simbólica de participantes)	Construções verbais insuladas
36 meses	Cenas categorizadas (marcação simbólica generalizada de papéis de participantes)	Construções verbais gerais

Nesse contexto, Tomasello (1999/2003) salienta a importância da análise distributiva funcional, que se refere ao processo de determinar a contribuição de uma estrutura linguística para a intenção comunicativa do adulto e, conseqüentemente, compreender a importância dessa mesma estrutura para o contexto em questão. A abstração e a esquematização, por sua vez, consistem na habilidade da criança de fazer generalizações das construções linguísticas que ouvem, compreendem e imitam. Sendo assim, os processos expostos anteriormente são complementares e essenciais para a aquisição da linguagem, já que possibilitam o aprendizado de diferentes estruturas linguísticas, por crianças em diferentes níveis de desenvolvimento.

Ao adquirir linguagem, portanto, as crianças desenvolvem o que Tomasello (1999/2003) denomina de cognição linguística, composta por dois aspectos principais: a divisão da cena referencial

em eventos (ou estados) e participantes; e a perspectivização. Para o autor, quando estão envolvidos em uma conversação, os seres humanos analisam o contexto comunicativo com base em eventos ou estados e seus participantes, que têm papéis definidos. Desenvolvem-se, então, as capacidades de distinguir fenômenos que se assemelham a “processos” daqueles que se parecem com “coisas”, assim como de diferenciar o tópico (sobre o que se está falando), do foco da conversa (o que está sendo dito). Tais capacidades são importantes em função de que cada discurso é diferente, sendo que o falante deve escolher as estruturas simbólicas mais adequadas ao contexto comunicativo em questão, que inclui os conhecimentos, as expectativas e a perspectiva do interlocutor. A esse processo Tomasello (1999/2003) dá o nome de perspectivização, fundamental para adequar os objetivos do falante às expectativas do interlocutor e, logo, para estabelecer uma comunicação efetiva. Sendo assim, depreende-se que ocorre uma “falha” no desenvolvimento da perspectivização de sujeitos com TEA, resultando nos déficits pragmáticos que lhes são peculiares.

Considerações acerca da contribuição da abordagem sociopragmática na intervenção fonoaudiológica

Frequentemente, crianças pequenas com TEA são encaminhadas para intervenção fonoaudiológica em função da presença de déficits na linguagem oral. Sabe-se que esses déficits apresentam ampla variabilidade, tanto em termos qualitativos quanto em intensidade. Por tratar-se de uma condição complexa, é fundamental que o fonoaudiólogo tenha domínio, teórico e empírico, do processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem, incluindo das habilidades preditoras e correlatas, a fim de que possa delinear o plano terapêutico de forma assertiva e individualizada.

É justamente nesse aspecto que os pressupostos da abordagem sociopragmática fornecem contribuições fundamentais, uma vez que contemplam, em detalhes, os diferentes processos subjacentes

à aquisição da linguagem e sua relação intrínseca com o desenvolvimento social e cognitivo. Compreender, por exemplo, que os comportamentos de **iniciativa e resposta de atenção compartilhada**, frequentemente comprometidos em crianças com TEA, são componentes com características e funções diferentes, sendo ambos fundamentais para a aquisição da linguagem oral, auxilia o clínico a priorizar o desenvolvimento dessas habilidades como objetivos terapêuticos. De forma semelhante, saber que a **compreensão da intenção comunicativa** do interlocutor é uma capacidade chave para o desenvolvimento da linguagem possibilita tornar a estimulação da intencionalidade comunicativa em situações sociais compartilhadas uma das protagonistas no plano de intervenção. Entender que a **imitação com inversão de papéis**, habilidade muitas vezes em déficit em crianças com TEA, é uma das principais formas de aprendizagem cultural e, por consequência, de aquisição de símbolos linguísticos, orienta o profissional quanto à importância dessa habilidade ser estimulada, com consistência, ao longo dos atendimentos com base em manejos adequados para sua incitação. Dominar a **relação entre as etapas de aquisição da linguagem e as cenas experienciais** permite que a organização do *setting* e das estratégias terapêuticas proporcionem que a criança vivencie trocas interativas adequadas ao seu momento de desenvolvimento. Nessa assertiva, depreender a **natureza intersubjetiva e perspectiva dos símbolos linguísticos** reforça a importância do estabelecimento de cenas interativas socialmente significativas, que priorizem o interesse e a motivação da criança visando à iniciativa e manutenção do seu engajamento. Finalmente, compreender os mecanismos subjacentes à **cognição linguística** possibilita que o clínico intervenha, de forma assertiva, em habilidades fundamentais para o desenvolvimento da pragmática que, frequentemente, apresentam-se de forma comprometida em crianças com TEA, potencializando sua participação em cenas socialmente compartilhadas e no intercâmbio discursivo.

Portanto, os pressupostos teóricos e empíricos contemplados pela abordagem sociopragmática mostram-se potencialmente relevantes para embasar a intervenção fonoaudiológica de crianças pequenas com TEA. Para tanto, faz-se necessário apropriar-se: 1) dos processos de aquisição das habilidades preditoras da linguagem oral, incluindo aquelas de base sociocognitiva e sociointeracionista, 2) das etapas de aquisição da linguagem e suas respectivas cenas experienciais, e 3) dos mecanismos relacionados à cognição linguística e sua relação com o desenvolvimento pragmático. Em suma, ao intervir com crianças pequenas com TEA é fundamental que o fonoaudiólogo conheça detalhadamente as características dessa condição (i.e. aspectos sociocomunicativos, cognitivos e comportamentais) e tenha domínio, teórico e empírico, dos processos que envolvem a aquisição e o desenvolvimento das habilidades pré-linguísticas e linguísticas, potencializando os ganhos terapêuticos.

Referências

- Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.
- Eigsti, I. M., Bennetto, L., & Dadlani, M. B. (2007). Beyond pragmatics: morphosyntactic development in autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 37, 1007-1023.
- Eigsti, I. M., Marchena, A. B., Schuh, J. M., & Kelley, E. (2011). Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 681-691.
- Friedman, L., & Sterling, A. M. (2019). A Review of Language, Executive Function, and Intervention in Autism Spectrum Disorder. *Seminars in Speech and Language*, 40(4), 291 - 304.
- Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., & Grace, E. J. (2016). Language and Speech in Autism. *Annual Review of Linguistics*, 2(1), 413-425.

Ip, A., Zwaigenbaum, I. & Brian, J. A. (2019). Post-diagnostic management and follow-up care for autism spectrum disorder. *Paediatrics & Child Health, 24*(7), 461–468.

Kaufman, D. (1996). A natureza da linguagem e sua aquisição. In A. Gerber (Ed.), *Problemas de aprendizagem relacionados à linguagem: sua natureza e tratamento* (pp. 51-71). Artes Médicas.

Oliveira, B. F. V., Azevedo, L. L., & Reis, C. (2011). A prosódia na expressão das atitudes de dúvida, incerteza e incredulidade no português brasileiro. *Anais do III Colóquio Brasileiro de Prosódia da Fala, 1*(1).

Ryan, S., Roberts, J., & Beamish, W. (2022) Echolalia in Autism: A Scoping Review. *International Journal of Disability, Development and Education*.

Schaeffer, J., Abd El-Raziq, M., Castroviejo, E., Durrleman, S., Ferré, S., Grama, I., Hendriks, P., Kissine, M., Manenti, M., Marinis, T., Meir, N., Novogrodsky, R., Perovic, A., Panzeri, F., Silleresi, S., Sukenik, N., Vicente, A., Zebib, R., Prévost, P., Tuller, L. (2023). Language in autism: domains, profiles and co-occurring conditions. *Journal of Neural Transmission, 130*, 433–457.

Schirmer, C. R., Fontoura, D. R., & Nunes, M. L. (2004). Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *Jornal de Pediatria, 80*(2), 95-103.

Smith, C. J., Lang, C. M., Kryzak, L., Reichenberg, A., Hollander, E., & Silverman, J. M. (2009). Familial associations of intense preoccupations, an empirical factor of the restricted, repetitive behaviors and interests domain of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(8), 982-990.

Tager-Flusberg, H. (2006). Defining language phenotypes in autism. *Clinical Neuroscience Research, 6*, 219-224.

Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication in autism. In D. Cohen, & F. Volkmar (Eds.).

Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 3th ed. (pp. 409-411). Wiley.

Tomasello, M. (2003). *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*. Martins Fontes. (Original publicado em in 1999)

Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 25–33.

Zwaigenbaum, L., Brian, J. A., & Ip, A. (2019). Early detection for autism spectrum disorder in young children. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 424-443.

CAPÍTULO 6

SENTIDOS E SINIFICADOS CONSTRUÍDOS SOBRE O AUTISMO: REFLEXÕES A PARTIR DA TEORIA HISTÓRICO- CULTURAL

Gabriela de Lima
Regina Basso Zanon

Vigotski dedicou parte da sua vida e de suas obras refletindo sobre a educação de crianças com deficiências (Vigotski, 2011, 2012, 2021), sendo o autor principal da Teoria Histórico Cultural (THC). Para a THC, é importante olhar o desenvolvimento em um processo de transformação histórica proveniente das relações estabelecidas, compreendendo o contexto no qual o indivíduo está inserido e quais as interações com o mesmo (Leonel & Leonardo, 2014). O aspecto sociocultural tem um papel amplo na formação do sujeito, sendo a cultura passível de reconstruções, se constituindo como um lugar simbólico e real (Magalhães, 2014). A THC enfatiza a natureza social e cultural do ser humano, onde o desenvolvimento atrela-se a apropriação das características humanas e a produção cultural do sujeito. Sendo assim, o homem é uma produção social, participando na condição de sujeito (Pino, 1993).

Para o psicólogo russo, o desenvolvimento precisa ser analisado sem se pautar em expectativas definidas por prognósticos clínicos, pois o uma criança com deficiência não se desenvolve de maneira inferior ao das demais crianças, sendo um processo que acontece de forma singular e única (Mendonça & Silva, 2015). Para compreender as diferenças no desenvolvimento humano típico e atípico é igualmente importante atentar para as particularidades das organizações culturais, das condições socioeconômicas e contextuais. Para Vigotski (2007) o desenvolvimento humano não se trata de um sistema

organicamente predeterminado na criança, uma vez que, por meio das atividades mediadas, as operações psicológicas podem ser transformadas. Mediação que ocorre via uso de instrumentos e signos, e da internalização – reconstrução interna de uma operação externa (Vigotski, 2007).

As considerações de Vigotski sobre a educação de pessoas com deficiências mostram pistas concretas para a implementação de uma educação que favoreça a autonomia e a cidadania das mesmas. Ele acredita na plasticidade humana, ou seja, na capacidade de transformação do organismo e do ser humano. Para que ela aconteça, o humano deve estar em interação com o meio, pois o desenvolvimento acontece nas interações entre fatores internos e externos.

Entende-se por meio um lugar onde o humano, nas suas dimensões físicas e psicológicas, se desenvolve, mudando de acordo com as etapas do desenvolvimento pessoal; ou seja, um meio que opera em função da dinâmica do desenvolvimento humano, interagindo interna e externamente (Pino, 2010; Vigostki, 1935/2010). Mesmo quando os elementos que compõe o meio permanecem, aparentemente, constantes, entende-se que o desenvolvimento da criança altera as suas condições (Pino, 2010). Portanto, pode-se compreender o meio como o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente, o que gera mudanças constantes em ambos. Segundo Martins (2016) para a humanização dos indivíduos e sua inserção na história, é necessário a educação e a transmissão da cultura material e simbólica por meio dos outros indivíduos. É nesse movimento, que as funções psicológicas se transformam, indo do natural ao cultural, o que só ocorre por intermédio de um processo de mediação por signos, gerando a evolução histórica da espécie humana.

Nesta perspectiva, é possível pensar na inclusão como um meio que pode vir a transformar o desenvolvimento de pessoas com e sem deficiências, sobretudo se o ambiente for marcado por ferramentas e mediadores que possibilitem o acesso das crianças a fatores que ajudem a alcançar formas de se desenvolver, pois na

visão de Vigotski, o desenvolvimento humano é um processo e um produto social (Nueremberg, 2008; Leonel & Leonardo, 2014). A relação do sujeito com o meio sempre é uma relação mediada por ferramentas e símbolos (Vigotski, 2010). Para o autor, tanto no trabalho como nas ações sobre o mundo que o transformam, faz-se necessário que o homem use instrumentos (ex. para cavar um buraco ele usa uma pá). Já quando o homem transforma o mundo interior, como quando ele aprende um novo conceito, ele usa a mediação das palavras ou da própria linguagem, se tratando de uma mediação semiótica (Oliveira, 2002). O processo de mediação é essencial para o desenvolvimento das atividades psicológicas voluntárias, intencionais e controladas pelo indivíduo, sendo que o uso de instrumentos e signos amplia, de forma ilimitada e diversificada, as atividades que as novas funções psicológicas podem operar (Vigotski, 2007).

Segundo o autor (Vigotski, 2010), é na vida social coletiva que a criança com deficiência encontra os recursos para a formação das funções internas que desencadeiam o efeito compensatório. Trata-se de funções que compensam a deficiência e promovem uma reorganização das funções psicológicas. Sendo assim, entende-se que as principais limitações de desenvolvimento apresentadas por pessoas com deficiência podem decorrer da privação da participação efetiva no meio social e cultural, compartilhado e construído nas relações sociais (Mendonça et al., 2020). Nesta perspectiva, um ambiente que ofereça diversas oportunidades de interação entre pessoas e de trocas mediadas, como é o caso de uma sala de aula inclusiva, pode viabilizar vivências significativas no desenvolvimento humano.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), atualmente, é uma condição abarcada pelas políticas públicas inclusivas no Brasil, que visam assegurar uma educação inclusiva e de qualidade, atenção integral às necessidades e acesso ao mercado de trabalho, por exemplo (BRASIL, 2012). Atualmente, entende-se o autismo como um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta alterações na área da comunicação e interação social, e padrões restritos e

estereotipados de comportamentos e interesses (American Psychiatric Association, 2014).

As pessoas com deficiências sempre estiveram presentes na sociedade e cada período histórico é demarcado por uma abordagem diferente no que se refere a concepção, cuidado ou exclusão (Cardozo, 2017). Na década de 80, iniciou no Brasil a organização do movimento das pessoas com deficiência, acontecendo, também, o I Encontro Nacional da Pessoa com Deficiência, em Brasília (Cardozo, 2017). A partir deste encontro, em 1981, tiveram movimentações alusivas ao Dia Internacional da Pessoa com Deficiência. Neste momento, a Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) introduz a palavra “pessoa”, e não apenas “deficiente”, ampliando a concepção de identidade e sujeitos que convivem com as deficiências (BRASIL, 2011; Cardozo, 2017). Em todo momento histórico de movimentações e mobilizações acerca da luta das pessoas com deficiência, existiram muitas barreiras atitudinais e preconceitos, gerando entraves nestes movimentos sociais. Entretanto, o fato de ser uma luta coletiva superou os obstáculos e as pessoas com deficiências conseguiram conquistar seu espaço (Cardozo, 2017). No que se refere ao autismo, em 2016, em Fortaleza, aconteceu o I Encontro Brasileiro de Pessoas Autistas, onde havia, inclusive, obras feitas por pessoas com autismo, como esculturas, desenhos, fotografias e literatura (Filho, Maciel & Garcia, 2016).

No Brasil, existem inúmeras leis, resoluções e notas técnicas que garantem o acesso e a permanência de todas as crianças na escola pública, sendo que essa última deve se preparar e se adaptar para atender as necessidades e diversidades de todos os estudantes (BRASIL, 2012; MEC, 2008;). Porém, reconhecemos que o acesso à uma educação inclusiva e de qualidade ainda é um desafio em diferentes contextos do nosso país (Oliveira et.al, 2020; Siqueira & Toledo, 2020), e que ainda é ameaçada enquanto política pública. Por exemplo, a PNEE (2020) dá a possibilidade para as pessoas com deficiências, incluindo aquelas com TEA, serem matriculadas em escolas especializadas, sempre que estas forem consideradas como

a melhor opção por parte dos interessados. Essa possibilidade, reaberta pela PNEE (2020), representa um retrocesso e uma ameaça ao paradigma e as práticas inclusivas já vigentes no Brasil. Por este motivo, pesquisas que investiguem os diferentes pilares da inclusão escolar são importantes, possibilitando conhecer e acompanhar as mudanças históricas sobre o tema (Macedo et al., 2014; Oliva, 2016; Oliveira & Leite, 2007).

Um dos pilares da educação inclusiva são as crianças, que recebem e convivem com pares com deficiência no ambiente escolar. Sendo assim, é relevante que sejam feitos estudos que investiguem o processo de inclusão na visão destas crianças, e em um processo que possa considerar os determinantes culturais de cada uma. Cabe destacar que estudos exploratórios dessa natureza viabilizam conhecer as especificidades de cada contexto, o que é fundamental para se pensar em intervenções no meio.

Na literatura, vemos muitos estudos falando sobre práticas pedagógicas e de inclusão, a maioria deles realizados com professores (Zerbato & Mendes, 2018; Sousa & Nascimento, 2018; Rosin-Pinola et al., 2017, Silva & Carvalho, 2017; Faria & Camargo, 2018; Flores & Zanon, 2021; Weizenmann et al., 2020), sendo pouco compreendido e estudado sobre a inclusão na visão das crianças. Sobre esse aspecto, Agripino-Ramos et al. (2019), desenvolveram um estudo para investigar as concepções de 42 crianças com desenvolvimento neurotípico, na faixa etária de 4-5 anos, sobre as suas vivências escolares com colegas com TEA, envolvendo dois momentos distintos, no início e no final do ano letivo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as crianças e empregada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Como principais resultados, os pesquisadores afirmaram que as crianças atribuíram adjetivos positivos a creche, a professora e aos colegas, tanto no início quanto no final do ano letivo. Os colegas com TEA foram considerados pelas crianças como colegas preferidos, sendo referidos pelos termos “especial” ou “bebê”.

Cabe mencionar ainda, que o olhar da deficiência parece estar associado aos déficits apresentados pela mesma e aos

comprometimentos biológicos, que são descritos nos manuais de classificação diagnóstica (APA, 2014). Por outro lado, vimos que na TCH valoriza-se o modelo social da deficiência (Leonel & Leonardo, 2014) e as potencialidades dos sujeitos, atentando para o contexto no qual a criança está inserida, tendo em vista que muitas vezes as barreiras e as limitações estão no meio social e não na criança. Sendo assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre um possível processo de construção de sentidos e significados sobre o autismo em crianças a partir de conceitos e temas centrais na obra de Vigostki. Especificamente, a fim de construir um caminho argumentativo sobre a importância de se explorar os sentidos e significados infantis, buscou-se percorrer pelos seguintes conceitos/temáticas: a defectologia, o meio na pedologia, as vivências e os sentidos e os significados, o que será apresentado a seguir.

Defectologia

Vigotski (2011), no texto *A defectologia e o estudo do desenvolvimento e da educação na criança anormal*, explica que a deficiência exerce dupla influência no desenvolvimento da criança. Propõe que as dificuldades apresentadas por crianças com deficiência são também um estímulo para encontrar caminhos alternativos para desenvolver algumas atividades, definidos pelo autor como caminhos indiretos. Esses são os processos compensatórios. O desenvolvimento cultural, quando permeado por mediações adequadas, permite compensar a deficiência, pois quando não é possível avançar no desenvolvimento orgânico, abre-se um caminho ilimitado para o desenvolvimento cultural.

Para Vigotski, cultura é um produto da vida social, sendo que quando o desenvolvimento pelo caminho direto não se mostra possível em alguns aspectos (como no caso do TEA), o cultural/social apresenta caminhos indiretos. Então, a estrutura do caminho indireto surge na impossibilidade de realizar alguma atividade por meio do caminho direto. Sobre esse mesmo ponto, Stern, em 1921, já afirmava que as funções da personalidade não estão monopolizadas.

Desta forma, se uma criança tem alguma deficiência, não ficará impossibilitada de realizar suas tarefas, pois as unidades orgânicas de sua personalidade assumirão formas de fazê-las (Stern, 1929). Essa é a ideia apresentada por Vigotski quando o autor fala sobre a defectologia: a deficiência pode ser, por um lado, uma limitação; mas por outro, origina dificuldades que fazem com que seu desenvolvimento seja estimulado e intensificado (Vigotski, 2019). Neste ponto, é importante ressaltar que o meio, por si só, pode não proporcionar ou oportunizar o acesso aos caminhos indiretos; é preciso que nele existam essas oportunidades, as trocas e o investimento para que a criança consiga acessar tais caminhos.

O meio pode vir a proporcionar à criança com deficiência a oportunidade de acessar os caminhos indiretos, desde que este possa dispor de estímulos, ferramentas, instrumentos e de mediações (Vigotski, 2020). Por exemplo, no Espectro Autista, no caso de um indivíduo que necessita de um alto nível de suporte, reconhecemos que uma criança que não utiliza a linguagem oral (fala) como forma principal de comunicação pode se comunicar de outras formas/vias, sendo a comunicação alternativa uma possibilidade (Montenegro et.al, 2021; Santos et.al, 2021). Mas, para tanto, as outras pessoas que convivem com ela também precisam se apropriar das especificidades deste instrumento mediador (ex: método PECS). Tais concepções mostram a importância dos conhecimentos culturalmente construídos, das trocas sociais entre crianças diversas e do processo de inclusão. Cabe mencionar que o desenvolvimento das funções psicológicas superiores em crianças (atenção, percepção, memória, dentre outras) também depende do acesso ao contexto social, o qual apresentará a ela a apropriação do patrimônio cultural construído pela humanidade (linguagem, desenho, escrita) (Vigotski, 2001). Sendo assim, nota-se que para compreender o desenvolvimento de crianças com TEA, faz-se importante também entender o contexto social, histórico e cultural no qual ela está inserida.

Sobre este ponto, destaca-se que em diferentes momentos da história social se apresentaram denominações, leis e prognósticos variados para o TEA, o que muitas vezes influenciou na forma como

essas crianças eram vistas, assistidas e tratadas. Por exemplo, por um período, crianças com autismo não eram público das políticas públicas inclusivas, e eram segregadas em escolas especiais (Miranda, 2003). Desta forma, a compreensão do desenvolvimento da criança precisa considerar as particularidades do contexto social, histórico e cultural na qual ela esteve ou está inserida, assim como as demandas sociais durante as quais ela viveu e teve acesso. Neste sentido, é possível reconhecer que os sentidos e significados das pessoas sobre o autismo se transformam ao longo do tempo, bem como a partir da convivência e da familiaridade (ou não) com pessoas com esse diagnóstico. Por exemplo, neste determinado período em que as crianças com autismo não conviviam nas escolas regulares com as demais crianças, estas, por sua vez, pela falta do convívio e da informação a respeito do autismo, por parte de familiares e/ou professores, não estariam formando sentidos e significados em relação ao autismo. O estigma sobre o autismo pode ser influenciado pela compreensão das pessoas em relação ao transtorno, e essa compreensão pode acontecer através da qualidade e quantidade de contato com pessoas com autismo (Turnock et.al, 2022).

Vimos como as características dos contextos históricos e culturais, como é o caso da presença de políticas públicas inclusivas, podem repercutir no processo de construção de sentidos e significados sobre o autismo, as quais oportunizaram a convivência entre crianças com diferentes ritmos e padrões de comportamentos e aprendizagem nas escolas. A seguir, apresentamos o conceito de meio proposto por Vigotski, o qual nos permite avançar nas reflexões sobre o processo de construção de sentidos e significados sobre o TEA.

O papel do meio na pedagogia

Vigotski buscou entender o humano em toda sua complexidade (Souza & Andrada, 2013). Concentrou suas pesquisas na investigação das origens e desenvolvimento do intelecto humano, na maneira em que ocorre a formação das estruturas psicológicas

tipicamente humanas (superiores) e no modo através do qual estas estruturas parecem ocorrer a partir da interação estabelecida pelo indivíduo com seus pares (Souza & Andrada, 2013). Para o pesquisador, o sujeito se constitui através das relações e interações pessoais que se veiculam interna e externamente, constituindo ferramentas necessárias para a construção de ideias sobre o mundo, demarcando-se a si enquanto sujeito singular. Compreende-se, portanto, a cultura como constituinte da mente humana, uma vez que sem a oportunidade de vivê-la e internalizá-la não seria possível o desenvolvimento. Portanto, o sujeito reconstrói suas representações mentais frente a interatividade de suas estruturas cognitivas com as ferramentas simbólicas que são compartilhadas culturalmente (Magalhães, 2014).

Na pedologia, estuda-se o papel do meio e o significado da participação deste no desenvolvimento da criança. A pedologia é a ciência multidisciplinar que tinha como foco o estudo da criança, destinando-se a pesquisar o desenvolvimento humano através da relação entre aspectos sociais, biológicos e psicológicos (Aquino & Toassa, 2019). Nestes termos, é preciso abordar a influência do meio pensando na relação existente entre ele e a criança em uma determinada fase do desenvolvimento (Vigotski, 2018).

Pode-se pensar que cada idade tem o seu próprio meio, que se modifica ao longo do tempo (Vigotski, 2018). Por exemplo: uma criança de três anos estará inserida na educação infantil, já um adolescente de dezessete anos estará, provavelmente, frequentando o ensino médio. Sendo assim, a influência do meio no desenvolvimento da criança irá depender da dinâmica do próprio desenvolvimento, respeitando as suas diferentes etapas. Em cada uma delas, a criança se relaciona com o meio de forma distinta, na medida em que vai se apropriando das funções sociais (Pino, 2010).

Vigotski traz reflexões acerca do problema do meio na pedologia em seu texto *“7 aulas de Vigotstki sobre os fundamentos da pedologia”*, explicando que, mesmo quando o meio não apresentar muitas alterações, o fato da criança se transformar em termos de desenvolvimento faz com que os papéis e significados do meio

também se modifiquem. A relação entre criança e meio deve ser vista numa perspectiva dialética, coerente com a natureza humana, onde o meio não é estático, pois irá depender do nível de desenvolvimento progressivo da criança, que produzirá as condições do meio, o que, por sua vez, produzirá novas formas de influenciar o desenvolvimento (Pino, 2010). Ou seja, é uma relação recíproca.

Neste sentido, o autor traz que os momentos essenciais para a definição da influência do meio no desenvolvimento psicológico, da personalidade e consciente são as vivências. Estas definirão como será a influência da situação vivida ou do meio sobre a criança, ou seja, como poderá, também, influenciar na produção dos sentidos. Sobre este aspecto, Vigotski (2018) afirma que a vivência é uma unidade representada pelo meio (o que se vivencia), e pela maneira como a pessoa vivencia isso. Desta forma, tanto as especificidades da personalidade quanto as do meio representam-se na vivência, e todo acontecimento ou situação influenciará as crianças de diferentes formas, a depender de como elas compreendem seu sentido e significado.

Vivências, sentidos e significados

A criança nasce em um meio cultural concreto e significativo, e ali encontra-se inserida. Esse meio é feito de significações socialmente definidas, codificações de objetos e de eventos que formam o meio concreto da criança pelas ações das pessoas que convivem com ela (Vigotski, 2000). Inicialmente, a criança tem acesso aos significados dos objetos e fenômenos que estão inseridos em seu meio social imediato, como a sua família, por exemplo (Vigotski, 2000). O desenvolvimento da criança é guiado por estas significações, servindo de referência para ela e seu grupo social em suas interações. Internalizando essas significações, a criança reelabora, acrescentando nessa reelaboração a sua singularidade e individualidade; e dando-lhes, assim, um novo sentido. O sentido de uma palavra agrega todos os fatos psicológicos que aparecem em nossa consciência como resultado da palavra (Vigotski, 2000).

O significado, por sua vez, se apresenta como uma das zonas do sentido que a palavra adquire no contexto da fala. O sentido da palavra muda em contextos diferentes; o significado, não (Vigotski, 1987). Portanto, entende-se o meio culturalmente estruturado como meio significativo (significado), enquanto que o meio personalizado é entendido por Vigotski como pleno de sentido (sentido). Através desses processos, a criança em desenvolvimento inventa e reinventa novas formas de agir e pensar, sendo retidas aquelas aceitas pela própria criança e seu meio social (Valsiner, 1987).

Cabe mencionar que os sentidos podem ser modificados através das vivências. A vivência é um sistema de relacionamento com o outro, sendo que culturas diferentes criam vivências diferentes, singulares, mas que apenas são possíveis na presença de outro. Por este motivo, a convivência com o outro permite que as vivências se modifiquem ao longo das experiências sociais (Jerebtsov, 2014; Paula, 2019). Sendo assim, pensar na inclusão de crianças com TEA desde esta perspectiva teórica, é também olhar para como as experiências sociais (entre criança-criança; criança-professor; criança- pais, etc.) podem modificar as vivências, atendendo para as particularidades de cada meio.

Nas produções de Vigotski, o conceito de “vivência” apareceu pela primeira vez no estudo de uma crítica literária que faz uma análise de uma obra de *Shakespeare*, sendo utilizado para tratar do processo psicológico que ocorre com o indivíduo em sua relação imediata com o objeto da obra, integrando vários aspectos da vida psíquica (Fonseca & Zanatta, 2020). Vigotski define a vivência como algo que delimita a relação com o mundo desde o nascimento, se complexificando com a estruturação dos sistemas psicológicos (Fonseca & Zanatta, 2020; Vigotski, 1996). Sempre irá remeter a algo que impacta o sujeito, transformando-o e modificando-o, e modificando também a sua relação com a realidade (Vigotski, 2010). As experiências são situações pelas quais o indivíduo passa, mas que não necessariamente trarão impacto ao seu desenvolvimento. As vivências trazem (Marques, 2013).

Os sentidos e significados medeiam a transformação de experiências em vivências, na medida em que levam à produção de sentidos que alteram a forma de relação do homem com a realidade. As vivências são fontes de afetos e emoções, mediando a produção de sentidos que constituem modos singulares de ser, ver, pensar e agir. São os sentidos produzidos em atividade que determinarão se uma situação vivida irá produzir vivência ou experiência (Marques, 2013; Vigotski, 2010).

De modo geral, as construções aqui realizadas mostraram que para Vigotski a convivência no meio social pode permitir que crianças com deficiência alcancem um desenvolvimento cultural, empregando-se diferentes vias para tal fim. O ser humano é um ser social, que atua modificando e sendo modificado pelo ambiente em que vive, sendo a cultura no qual está inserido indispensável da formação de sua personalidade e das funções psicológicas superiores. Sobre este aspecto, o meio que oferece a oportunidade de desenvolvimento pode ser promotor de diferentes experiências para todas as crianças, que transformadas em vivências, formarão seus sentidos singulares a respeito do que viveram, sofrendo e produzindo modificações no meio. Sendo assim, reconhece-se que pesquisas apoiadas nos conceitos centrais da THC e de natureza qualitativas, que consideram as particularidades e as dinâmicas interativas do meio das crianças e de seu contexto histórico e cultural, realizadas com triangulação de dados oriundos de diversas fontes, são importantes e podem avançar na compreensão da temática, assim como fundamentar novas intervenções para um ambiente inclusivo. Intervenções estas que, ocorrendo com as mediações adequadas, podem fazer toda a diferença na vida escolar de todas as crianças.

Considerações Finais

Vigotski (1984/1987/2001/2010/2011/2018), principal autor da THC, dedicou-se a pesquisar o desenvolvimento humano de forma completa e complexa, propondo conceitos importantes, também,

no que se refere ao desenvolvimento de crianças com deficiência e a inclusão escolar. A partir da leitura de seus textos foi possível compreender o papel fundamental da cultura e das relações sociais, que podem guiar e construir o desenvolvimento humano. Neste estudo, vimos que o meio em que as crianças estão inseridas podem ou não proporcionar a elas a oportunidade de vivenciar situações e, a partir delas, compreender os significados e formar os seus sentidos, produzindo vivências e modificando sua relação com o meio. Neste sentido, as mediações presentes no contexto em que o sujeito está inserido também se mostraram de extrema importância para a formação dos sentidos.

Apesar de garantido por lei, sabe-se que a inclusão escolar ainda é um processo difícil e inexistente em muitas escolas brasileiras (Oliveira et.al, 2020; Siqueira & Toledo, 2020). Muitas crianças com TEA ainda não se encontram matriculadas em classes regulares ou, se estão, reconhece-se que o ambiente escolar muitas vezes não é acessível e adaptado para acolher os seus caminhos compensatórios e atender as suas necessidades educacionais específicas. Ainda, demarca-se que as políticas públicas que garantem a inclusão escolar ainda sofrem ameaças, como proposto pela PNEE (MEC, 2020).

Sobre este aspecto, demarca-se que são particularmente importantes as concepções de Vigotski (2011) sobre a defectologia e o papel do meio na pedologia, afirmando que toda deficiência apresenta uma compensação, e que o desenvolvimento pode ser alcançado por meio indireto, desde que esse meio consiga oferecer à criança a oportunidade de alcançar este caminho. Da mesma forma, a vivência proporciona a formação ou modificação dos sentidos, conectando pessoas e culturas diferentes, e se manifestando na qualidade de principal característica da situação social do desenvolvimento, refletindo a unidade do interno e do externo (Jerebtsov, 2014; Paula, 2019; Marques, 2013).

Por fim, tais premissas nos levam a concluir que se o ambiente escolar conseguir oferecer à criança com TEA o aporte necessário para o acesso a seu desenvolvimento, este pode ser visto como um

ambiente inclusivo, que será fundamental, também, no processo de construção de sentidos e significados sobre o autismo por parte de outros indivíduos que compõem e constroem a cultura escolar (crianças, funcionários, professores etc.). Isto porque um contexto inclusivo pode ser considerado um meio rico e promotor de vivências que conectam seres humanos diversos, e que é capaz de transformar e ser transformado por estas conexões essencialmente humanas.

Como vimos, uma experiência é transformada em vivência quando o sujeito se modifica diante de alguma situação, produzindo, também, modificações em seu meio. Os significados e sentidos produzidos em consciência sobre a realidade, ao serem internalizados, constituem nossas ideias, representações, sentimentos, compreensões, imagens, expectativas, etc, passando a constituir a realidade subjetiva, realidade esta produzida em função das experiências humanas (Vigostki, 2010). Desta forma, se levarmos em consideração o fato de experiências que modificam o sujeito serem transformadas em vivências, seria possível concluir que a convivência de alunos com TEA com as demais crianças podem se transformar em vivências, modificando os sentidos delas, o que pode contribuir (ou não) para a inclusão escolar. Tais aspectos devem ser investigados e compreendidos numa perspectiva dialética, considerando as especificidades do meio, que é resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente.

Referências

- Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.
- Brasil. (1997). *Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais*. (2a. ed.). Corde, 1997.
- Brasil. (2008). *Constituição Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. MEC, 2008.

Brasil. (2015). *Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2015. Institui A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa Com Transtorno do Espectro Autista.*

Brasil. Ministério da Educação (MEC). (2020). *PNEE: Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida/Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação.*

Cardozo, P. S. (2017). Pessoas com deficiência e o protagonismo nos movimentos sociais. *Revista de Iniciação Científica*, 15(1).

Costa, D. A. F. (2006). Superando limites: a contribuição de Vygotsky para a educação especial. *Revista Psicopedagogia*, 23(72).

Faria, P. M. F., Camargo, D. (2018). As emoções do professor frente ao processo de inclusão escolar: uma revisão sistemática. *Revista brasileira de educação especial*, 24(2).

Filho, A. D. P. G., Maciel, M. M., & Garcia, G. M. D. P. (2016). Inclusive: inclusão e cidadania. *Relato do I Encontro Brasileiro de Pessoas Autistas.*

Flores, W. S. F., & Zanon, R. B. (2021). Inclusão na educação básica: trajetórias e concepções de professores. In: Almeida, D. M. M., Zanon, R. B., Feitosa, L. R. C., & Anache, A. A. (Orgs.), *Psicologia, Educação e Trabalho*, vol 1 (pp. 69-84). CRV.

Fonseca, A. L. V., & Zanatta, B. A. (2020). Concepções de perejivânie (vivência) na obra de Vigotski e suas contribuições para a educação estética-teatral escolar. *Educativa*, 23.

Jerebtsov, S. (2014). Gomel – A cidade de L.S. Vigotski: Pesquisas científicas contemporâneas sobre instrução no âmbito da teoria histórico cultural de L.S. Vigotski. *Cadernos acadêmicos internacionais: estudos sobre a perspectiva histórico cultural de Vigotski*, v1.

Leonel, W. H. S., & Leonardo, N. S. T. (2014). Concepções de professores da educação especial (APAEs) sobre a aprendizagem e o desenvolvimento do aluno com deficiência intelectual: um estudo a partir da teoria Vigotskiana. *Revista Brasileira Educação Especial*, 20(4), 541-554.

- Macedo, M. C. S. R., Aimi, D. R. S., Tada, I. N. C., & Souza, A. M. L. (2014). Histórico da inclusão escolar: uma discussão entre texto e contexto. *Psicologia em Estudo*, 19(2).
- Magalhães, J. H. G. (2014). Vygotsky e Moscovici sobre a constituição do sujeito. *Psicologia em Pesquisa*, 8(2), 241-251.
- Martins, L. M. (2006). Psicologia histórico-cultural, pedagogia histórico-crítica e desenvolvimento humano. In: Martins, L. M., Abrantes, A. A., & Facci, M. G. D. (Org.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice*. (pp. 13-34). Autores Associados.
- Marques, E. S. A. (2013). *Perejivônie* (vivência), afetos e sentidos na obra de Vigotski e na pesquisa em educação. *Formação de professores: contextos, sentidos e práticas*. IV Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE.
- Mendonça, F. L. R., & Silva, D. N. H. (2015). A formação docente no contexto de inclusão: para uma nova metodologia. *Cadernos de pesquisa*, 45(157), 508-526.
- Mendonça, F. L. R., Silva, D. S., Andrade, F.S.B., & Silva, D. N. H. (2020). Mediações em sala de aula na construção do conhecimento em escolas inclusivas. *Psicologia escolar e educacional*, 24, 1-9.
- Montenegro, A. C. A., Leite, G. A., Franco, N. M., Santos, D., Pereira, J. E. A., & Xavier, I. A. L. N. (2021) Contribuições da comunicação alternativa no desenvolvimento da comunicação de criança com Transtorno do Espectro do Autismo. *Audiology Communication Research*.
- Nuermberg, A. H. (2008). Contribuições de Vygitsky para a educação especial de pessoas com deficiência visual. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 307-316.
- Oliva, D. V. (2016). Barreiras e recursos à aprendizagem e à participação de alunos em situação de inclusão. *Psicologia USP*, 27(3).

- Oliveira, A. A. S., & Leite, L. P. (2007). Construção de um sistema educacional inclusivo: um desafio político-pedagógico. *Ensaio: aval. Públ.educ*, 15(57).
- Paula, S. R. V. (2019). L.S Vigotski e a cidade de Gómel: uma Teoria Histórico Cultural das vivências. *Educ. foco*, 24(2).
- Pino, A. (2010). A criança e seu meio: contribuição de Vigotski ao desenvolvimento da criança e à sua educação. *Psicologia USP*, 21(4).
- Pino, A. L. B. (1993). Processos de significação e constituição do sujeito. *Temas em Psicologia*, 1.
- Rosin-Pinola, A. R., Marturano, E. M., dos Santos, E. L. C., Pereira Del Prette, Z. A. (2017). Ensinando habilidades sociais educativas para professores no contexto da inclusão escolar. *Revista Educação Especial*, 30(59).
- Santos, P. A, Bordini, D, Scattolin, M, Asevedo, G. R. C, Caetano, S. C, Paula, C. S, Perissinoto, J, & Tamanaha, A. C. (2021). O impacto da implementação do *Picture Exchange Communication System* – PECS na compreensão de instruções em crianças com Transtorno do Espectro Autista. *CoDAS*, 33(2).
- Silva, N. C., & Carvalho, B. G. E. (2017). Compreendendo o processo de inclusão escolar no Brasil na perspectiva dos professores: uma revisão integrativa. *Revista brasileira de educação especial*, 23(2).
- Siqueira, W. G, & Toledo, C. (2020). Percepção dos pais de crianças com TEA sobre o processo de inclusão em escolas regulares. *Revista científica UNIFAGOC*, 1.
- Sousa, N. M. F. R., & Nascimento, D. A. (2018). A inclusão escolar e o aluno com Síndrome de Down: as adaptações curriculares e a avaliação da aprendizagem. *Revista Educação & Formação*, 3(9).
- Souza, V. L. T., & Andrada, P. C. (2013). Contribuições de Vygotsky para a compreensão do psiquismo. *Estudos de Psicologia*, 30(3), 355-365.

- Oliveira, I. T. T, Feitosa, F. S, Mota, J. S. (2020). Inclusão escolar de alunos com necessidades especiais: desafios da prática docente. *Revista Humanidades e Inovação*, 7(8).
- Turnock, A, Langley, K, & Jones, K. R. G. (2022). Undertending stigma in autism: a narrative review and theoretical model. *Autism in adulthood*, 4(1).
- Valsiner, J. (1987). *Culture and development of children's actions*. John Wylwy.
- Vigotski, L. S. (1987). *The collected works of L.S Vygotsky. Vol 1. Problems of General Psychology*. Plenum Press.
- Vigotski, L. S. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem*. Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2007). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. (7a. ed.). Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2011). A defectologia e o estudo do desenvolvimento e da educação na criança anormal. *Educação e pesquisa*, 37(4), 861-870.
- Vigotski, L.S. (1984). *A formação social da mente*. Martins Fontes.
- Vigotski, L.S. (2010). Quarta aula: a questão do meio na pedologia. *Psicol. USP*. 21(4).
- Vigotski, L.S. (2018). *Sete aulas de L.S Vigotski sobre os fundamentos da pedologia*. E-Papers.
- Weizenmann, L. S, Pezzi, F. S., Zanon, R. B. (2020). Inclusão escolar e autismo: sentimentos e práticas docentes. *Psicologia escolar e educacional*, 20.
- Zerbato, A. P., Mendes, E. G. (2018). Desenho universal para aprendizagem como estratégia de inclusão escolar. *Revista Educação Unisinos*, 22(2).

CAPÍTULO 7

AS TERAPIAS COGNITIVO COMPORTAMENTAIS NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES E ADULTOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Renata Giuliani Endres

O transtorno do espectro autista (TEA) caracteriza-se pela apresentação de diversos fatores de ordem neurodesenvolvimental, que consiste em dificuldades significativas nos domínios sociocomunicativos e em um repertório restrito e repetitivo de comportamentos, interesses e atividades (*American Psychiatric Association [APA], 2023*). Os resultados de algumas pesquisas e de acordo com a quinta versão do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - Texto revisado (DSM5-TR), apontam, ainda, para outros comprometimentos de processamento sensorial (organização perceptual atípica; Happé & Booth, 2008; Mottron et al., 2013; Van der Hallen, Evers, Brewaeyns, Van den Noortgate, & Wagemans, 2015). A prevalência de TEA entre adultos jovens é estimada em aproximadamente 1%, com uma grande variedade de funcionamento intelectual heterogêneo coexistente (Brugha et al., 2011).

Nos últimos 20 anos, observou-se um aumento significativo no número de indivíduos diagnosticados com TEA, com muitos deles ingressando na idade adulta (Flores-Pajot, Ofner, Do, Lavigne, & Villeneuve, 2016). Alguns estudos têm demonstrado que os jovens com TEA têm resultados vocacionais, sociais e educacionais mais empobrecidos do que os indivíduos neuro-típicos ou com outros transtornos de desenvolvimento (Anderson, Shattuck, Cooper, Roux, & Wagner, 2014; Shattuck, Narendorf, Cooper, Sterzing, Wagner, & Taylor, 2012).

Para além desses fatores, o TEA está associado a desafios na função executiva, tais como planeamento, memória de trabalho e inibição, prejudicando a capacidade de lidar com as demandas diárias e alcançar objetivos de longo prazo (Christ, Holt, White, & Green, 2007; Kenworthy, Yerys, Anthony, & Wallace, 2008). Estresse, ansiedade e depressão também se mostram presentes, uma vez que tais comprometimentos são percebidos pelos próprios indivíduos que apresentam esta condição (Bishop-Fitzpatrick, Minschew, Mazefsky, & Eack, 2017; Eaves & Ho, 2008; Hirvikoski & Blomqvist, 2015; Lugnegard, Hallerback, & Gillberg, 2011), impactando em qualidade de vida reduzida (Jonsson et al., 2017; Tobin, Drager, & Richardson, 2014) e mortalidade prematura (Hirvikoski, Mittendorfer-Rutz, Boman, Larsson, Lichtenstein, & Bolte, 2016). Estes fatores enfraquecem ainda mais seus já baixos resultados funcionais interativos e tornam difícil para eles alcançar um desempenho social adequado, independência financeira e emocional (Eaves & Ho, 2008).

Do ponto de vista do impacto das características do TEA na saúde psíquica desses indivíduos, Hedley et al. (2021), demonstraram que pontuações mais altas em dificuldades de comunicação social, insistência na mesmice e ruminação e, por outro lado, menor controle atencional e inibitório, estão relacionadas significativamente com depressão e ideação suicida nessa população. Richards et al. (2019) corroboram esses resultados, apontando para pelo menos uma tentativa de suicídio em indivíduos com a condição.

Ainda, Ruggieri (2020) afirma que pessoas com TEA possuem maior risco de desenvolver patologias mentais comórbidas, como o transtorno depressivo maior e ideação/comportamento suicida. Costa, Loo e Steffgen (2020) demonstraram que existe uma taxa maior de doenças psiquiátricas associadas ao TEA (81%) em comparação à população geral (20%), sendo a depressão a mais comum. O estudo de Cassidy et al. (2018) observou que 72% da amostra com TEA (164 participantes), em comparação à 33% do

grupo controle (169 indivíduos) pontuou significativamente acima do ponto de corte que indicava risco de suicídio.

Amparados nesses dados históricos, alguns estudos há tempos têm sinalizado a falta de serviços adequados, baseados em evidências, para jovens com TEA em transição para a vida adulta (Cheak-Zamora et al., 2014; Taylor & Henninger, 2015). Intervenções que facilitem o manejo de situações cotidianas, tais como comorbidades psiquiátricas têm sido recomendadas como suporte para adolescentes e adultos jovens. Entre elas estão a terapia cognitivo-comportamental e, particularmente, o treino de habilidades sociais (Choque Olsson et al., 2017; NICE, 2013). Revisões da literatura sobre intervenções psicológicas para adultos com autismo (Bishop-Fitzpatrick, Minschew, & Eack, 2013) fornecem dados importantes sobre seus efeitos, ainda que o número de estudos com qualidade satisfatória seja pequeno, especialmente quanto à transição de jovens adultos para a vida adulta (Taylor et al., 2012). Trudgeon e Carr (2007) já comentaram que outro obstáculo para adultos jovens dentro do espectro pode ser a relutância desses indivíduos em se comprometer com intervenções de mudança de comportamento, já que se percebem, muitas vezes, forçados a tentativas de “normalização” de suas características pessoais. Portanto, é necessário que identifiquem maior benefício de um programa de tratamento do que o investimento em tempo no mesmo, para que se sintam motivados a se comprometer e de fato participar.

Ainda assim e, justamente por esses tantos motivos, direcionar intervenções para adultos com TEA que estão ingressando na vida adulta, é fundamental. O objetivo principal deve ser melhorar o funcionamento geral e os resultados prospectivos, oferecendo-lhes apoio efetivo durante o desenvolvimento crítico no período do início da idade adulta, ao mesmo tempo em que se cria janelas de oportunidade. Porém, na prática clínica, o número reduzido de pesquisas sobre a transição para a vida adulta desses indivíduos se mantém como um obstáculo. Soma-se a esse desafio, o fato de que o conhecimento sobre intervenções efetivas para essa população

ainda é muito limitado. Além disso, deve-se considerar a importância da identificação de lacunas que possam fomentar estudos acerca do desenvolvimento de intervenções eficazes neste contexto (Chancel, Miot, Dellapiazza, & Baghdadli, 2020).

Atualmente, as intervenções psicológicas mais bem avaliadas para sintomas psiquiátricos comórbidos, por exemplo, são baseadas em terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Spain, Sin, Chalder, Murphy, & Happé, 2015). Nesse sentido, torna-se necessária a discussão sobre quais contribuições essas abordagens oferecem para o tratamento de adultos com diagnóstico de TEA.

O objetivo do presente estudo é revisar a literatura sobre as intervenções psicoterápicas nas abordagens cognitivo comportamentais em pacientes adultos com essa condição. Os objetivos específicos são: 1) Examinar o histórico do tratamento nas abordagens das TCCs para adultos com TEA; 2) Examinar o impacto das TCCs no tratamento de adultos com TEA.

As abordagens apresentadas nessa revisão narrativa da literatura foram selecionadas com base em estudos sistematizados mais recentes sobre o estado da arte acerca do tema (para revisão, ver Chancel et al., 2020). Estas pesquisas demonstraram que algumas das TCCs têm reportado resultados significativos para o tratamento de jovens adultos com TEA.

Psicoeducação

A psicoeducação consiste na aprendizagem do paciente sobre os princípios e conhecimentos acerca do tratamento dentro da abordagem cognitivo-comportamental (Dobson & Dozois, 2010). Um dos principais objetivos da TCC é justamente ensinar e habilitar o paciente a ser seu próprio terapeuta (Beck, 1997).

Segundo alguns autores, a psicoeducação caracteriza-se como um elemento fundamental do tratamento de diversas condições, porque a intervenção psicológica contém fatores psicoeducativos que permitem melhorar o discernimento (*insight*) sobre a condição, manejar a estigmatização, aprimorar a adesão do paciente ao

tratamento, ensiná-lo e a sua rede de apoio a identificarem os sinais prodrômicos precoces, promover hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida e evitar o abuso de substâncias (Colom & Vieta, 2004a). Além disso, é um forte instrumento para ajudar os pacientes a utilizarem estratégias de *coping* adaptativas quando do aparecimento de preocupações excessivas, o medo e a baixa autoestima (Colom & Vieta, 2004b). Visam instrumentalizar o paciente para compreender e lidar com as dificuldades consequentes do transtorno e permitir que ele colabore com o profissional que o atende visando ganhos no tratamento.

Elas devem fornecer apoio quanto ao impacto psicológico que essas informações possam causar para o indivíduo (Colom & Vieta, 2006; Hirvikoski, Waaler, Lindstrom, Bolte, & Jokinen, 2015). No entanto, existe uma preocupação com intervenções psicoeducacionais baseadas na internet, as quais, segundo alguns autores, podem incorrer em efeitos colaterais negativos, como por exemplo, a deterioração de seus sintomas (Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson, & Carlbring, 2017). Portanto, o acompanhamento do estado emocional do paciente deve ser realizado (Backman et al., 2018).

Ainda existem poucos estudos sobre intervenções psicoeducacionais voltadas para pessoas com TEA (Backman et al., 2018). Um deles é um programa baseado em grupo para crianças e adolescentes com autismo. Ele contemplou sessões com os pais desses indivíduos paralelamente e demonstrou resultados significativos em ensinar os participantes sobre o TEA, bem como aumentou o autoconhecimento sobre suas dificuldades e potencialidades (Gordon et al., 2015). Outro estudo foi uma intervenção psicoeducacional de grupo familiar para os pais, com um grupo social paralelo para os adolescentes. Os resultados indicaram melhora na compreensão dos pais sobre o que é o Transtorno do espectro autista, e possibilitou a relação entre pais e filhos (Smith, Greenberg, & Mailick, 2012).

Mais recentemente, Backman e colaboradores (2018) avaliaram uma nova intervenção psicoeducacional: o SCOPE

(Spectrum Computerized Psychoeducation) é um programa voltado para adolescentes e adultos jovens com TEA, com idades entre 16 e 25 anos sem deficiência intelectual, que visa transmitir conhecimento acerca do TEA para seus participantes. O estudo examinou a funcionalidade técnica e acessibilidade geográfica do programa, bem como seu conteúdo e facilidade de uso do ponto de vista do profissional e do participante. Além disso, a viabilidade para o contexto clínico, satisfação e credibilidade do tratamento e sua eficácia preliminar também foram foco de análise. Os resultados demonstraram que 23 dos 29 participantes (79%) completaram a intervenção, a credibilidade do tratamento foi aumentada durante o curso web e a satisfação geral com a intervenção também foi alta. Ainda, os profissionais relataram viabilidade clínica do SCOPE e o conhecimento dos participantes acerca do TEA apresentou aumento significativo entre pré e pós intervenção, sem, no entanto, associação a efeitos negativos no bem estar psicológico.

Remediação cognitiva

Algumas condições psiquiátricas apresentam comprometimentos cognitivos caracterizados por dificuldades significativas em habilidades como memória, atenção e/ou funções executivas, entre outras. Esses déficits podem impactar negativamente a autonomia do indivíduo, por diminuir suas habilidades em diferentes tarefas do seu cotidiano. A estimulação e compensação destes déficits cognitivos parecem ser ferramentas importantes, tendo em vista o seu potencial para a melhora de respostas mais adaptativas no seu dia a dia. Ao mesmo tempo, possibilitam evitar o agravamento da condição, a promoção da sua recuperação e aumento da sua qualidade de vida (Silva & Seabra, 2020).

As técnicas de Estimulação Cognitiva consistem em um conjunto de estratégias e exercícios que procuram potencializar o desempenho de determinadas áreas da cognição. Elas podem ser

implementadas em grupo ou de forma individual, e geralmente são realizadas em um tempo determinado. Além disso, buscam estabelecer objetivos específicos e sua meta é a capacitação dos indivíduos e sua rede de apoio primária a se adaptarem a tais alterações cognitivas, instrumentalizando essas pessoas com informação e estratégias, com vistas à melhora do seu cotidiano (Sousa, & Sequeira, 2012). Ainda, podem assumir diferentes designações e tipologias, tais como Remediação Cognitiva e Reabilitação Cognitiva (Vita et al., 2011).

Programas de Remediação Cognitiva foram eficazes em condições experimentais, e podem ser implementados em *settings* clínicos. Eles podem ser utilizados em duas modalidades diferentes na prática clínica: uma como tratamento em grupo o outro como um indivíduo com intervenção informatizada. Pode oferecer estratégias diferentes de remediação, incluindo diferentes graus de estratégias compensatórias ou ação em cognição social (Vita et al., 2011).

Ainda existem poucos estudos com delineamentos rigorosos que possam guiar políticas e práticas para o tratamento de pessoas com TEA (Fitzpatrick, Minshew, & Eack, 2013). Assim, a Remediação cognitiva surgiu como uma abordagem eficaz para os déficits cognitivos essenciais em outras condições neuropsiquiátricas (Keshavan, Vinogradov, Rumsey, Sherrill, & Wagner, 2014; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011), mas também pode oferecer benefícios significativos para adultos com TEA (Eack et al., 2013b).

Esses indivíduos apresentam um processamento cognitivo empobrecido, como fraca coerência central (CC) e dificuldades com mudanças de contexto ou ambiente estão comumente associados com o TEA (Bernardino, Mouga, Almeida, Van Asselen, Oliveira, & Castelo Branco, 2012; Westwood, Stahl, Mandy, & Tchanturia, 2016). Fraca coerência central consiste em um viés em direção aos detalhes das informações em detrimento do todo. Indivíduos com autismo tendem a apresentar uma fraca coerência central, e demonstram fraquezas com a integração global de informações parciais, expressando um estilo cognitivo de fraca CC (Kumar,

2013). Os déficits nas mudanças de contexto ou ambiente se manifestam através de dificuldades acerca da flexibilidade cognitiva e podem estar relacionados a comportamentos repetitivos e à tendência de perseverar com a estratégia inicial e a incapacidade de se adaptar a uma nova estratégia quando é necessário (Miller, Ragazzino, Cook, Sweeney, & Mosconi, 2015).

Os objetivos da RC para pessoas com estas características são melhorar os estilos de processamento rígidos através de exercícios, estratégias metacognitivas, consciência e aplicação a situações de vida real (Dahlgren, Lask, Landrø, & Rø, 2013; Tchanturia, Lloyd, & Lang, 2013); e fornece uma abordagem motivacional que visa mudar o comportamento na vida diária por meio do aprendizado de estratégias novas e eficazes (Tchanturia, Davies, Reeder, & Wykes, 2010).

Um dos poucos estudos que utilizaram a RC no tratamento de adultos com TEA investigou 19 indivíduos com autismo e administrou uma série de medidas neuropsicológicas e questionários para analisar funções cognitivas e quadros de ansiedade e depressão. Os participantes receberam a RC e as funções cognitivas e clínicas foram reavaliadas após três meses de intervenção. Os resultados demonstraram melhora significativa quanto à coerência central e ansiedade no pós intervenção, os quais se mantiveram nos três meses seguintes. No entanto, os escores obtidos quanto à mudança de contexto ou ambiente não foram estatisticamente significativos. Ainda assim, os autores consideram que essa abordagem terapêutica é eficaz para indivíduos com TEA (Okuda et al., 2017).

Estes autores ressaltam que muitos indivíduos com TEA podem apresentar dificuldades em generalizar o que aprenderam nas sessões de RC para a vida cotidiana. Portanto, a utilização de exemplos mais concretos e modelagem podem auxiliar o aprendizado e maximizar a efetividade da intervenção. Combinar treinamento de habilidades sociais com a RC pode ser útil para a resolução de problemas do dia a dia. Além disso, os participantes que melhoraram seus resultados demonstraram comprometimento

com as tarefas de casa. Perceber-seus problemas acerca da coerência central e das dificuldades em trocas de contextos e ambientes no seu cotidiano pode facilitar a motivação do paciente, fazendo com que utilize novas estratégias. É possível ainda afirmar que a RC é mais efetiva quando o indivíduo compreende a relação entre seus problemas diários e a coerência central e as mudanças de contexto e ambiente (Okuda et al., 2017).

O estudo de Eack, Wojtalik, Keshavan, & Minshew (2017) examinou a eficácia da RC para melhorar os resultados cognitivos básicos e de atividade laboral para indivíduos adultos. Pacientes adultos com TEA foram randomizados para um ensaio clínico cego de 18 meses de intervenção. Os resultados primários foram índices compostos de mudança neurocognitiva e sociocognitiva. O emprego foi um resultado secundário. A RC foi associada a melhoras significativas quanto aos aspectos sociocognitivos, em que a RC apresentou vantagem aos 9, mas não aos 18 meses de intervenção. Os efeitos sobre o emprego indicaram que os participantes tratados com estas técnicas eram significativamente mais propensos a obter atividades laborais mais competitivas.

Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) consiste primordialmente em um tratamento psicoterápico estruturado, de curta duração, voltado para o presente, direcionado para asolução de problemas atuais e para a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis) (Beck, 1964). A TCC tem mostrado resultados promissores para diferentes demandas. algumas adaptações trouxeram alterações no foco, nas técnicas e na duração do tratamento, mas mantiveram-se os pressupostos teóricos ao longo do tempo. A terapia cognitivo-comportamental segundo o modelo de Beck, baseia-se na conceituação cognitiva que consiste na compreensão do indivíduo, incluindo a formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico

(Alford & Beck, 1997). O terapeuta utiliza-se de várias técnicas para produzir uma mudança cognitiva no paciente, qual seja, uma modificação no pensamento e no sistema de crenças do mesmo com o objetivo de alcançar uma mudança emocional e comportamental duradoura.

A TCC adapta-se e tem sido aplicada a pacientes com as mais variadas características, incluindo diferentes níveis de educação e renda, culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada em diferentes contextos no âmbito da saúde, como cuidados primários e outras especializações da área, escolas, programas vocacionais e prisões, etc. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família (Beck, 2014).

No contexto do autismo, a TCC para jovens que estão dentro do espectro e apresentam um quadro de ansiedade tem uma forte base de evidências. No entanto, poucos estudos examinaram se essa abordagem se mantém após o término dos esforços de treinamento.

Pickard e colaboradores (2020) realizaram o acompanhamento de um ensaio clínico que examinou a implementação e os resultados do tratamento em resposta a um programa de TCC em grupo para jovens com TEA e ansiedade concomitante (o programa *Facing Your Fears*; FYF). Este estudo utilizou uma abordagem de métodos mistos para compreender: 1) a porcentagem de profissionais que continuam a usar o FYF pelo menos quatro anos após serem treinados no programa (o que os autores denominam “sustentação”); 2) adaptações que foram feitas ao FYF a fim de manter sua adequação aos ambientes clínicos; e 3) fatores que influenciam o uso sustentado do FYF pelos médicos. Responderam à pesquisa 30 profissionais da área clínica que foram inicialmente treinados para usar o FYF. Os resultados demonstraram que a maioria dos profissionais relatou que continua a usar o programa FYF devido às suas percepções sobre a eficácia do mesmo, facilidade de uso e compatibilidade, mas também fizeram uma variedade de adaptações ao FYF. Os autores concluíram que é possível compreender melhor os fatores que impactam o uso sustentado da TCC para jovens com TEA. Eles

também destacam a importância dos esforços proativos dentro do treinamento clínico para planejar a adaptação à intervenção e considerar os fatores que podem impactar a sustentação do programa. Ainda, a taxa de respostas neste estudo representa uma força significativa e foi maior do que já havia sido reportado anteriormente em outros estudos (Edmunds, Read, Ringle, Brodman, Kendall, & Beidas, 2014).

Os resultados deste estudo são semelhantes aos que examinaram questões similares dentro e fora do campo do TEA. Isso significa que os profissionais continuam a adaptar as práticas baseadas em evidências (PBEs) após os testes de implementação (Edmunds et al., 2014; Lau et al., 2017; Stirman Gamarra, Bartlett, Calloway, & Gutner, 2017) e essas adaptações estão diretamente associadas a fatores que parecem influenciar a sustentação dessas práticas (Chambers et al., 2013). Essa descoberta está de acordo com as estruturas de sustentabilidade, que sugerem que a adaptação do programa é essencial para garantir que as PBEs sejam capazes de se adaptar em sistemas que passam por mudanças contextuais e sistêmicas inevitáveis (Chambers, Glasgow, & Stange, 2013).

Alguns estudos (Ainsworth et al., 2020; Robertson et al., 2018; Trembath, Germano, Johanson & Dissanayake, 2012) indicam que há uma alta prevalência de dificuldades de saúde mental em indivíduos autistas, com evidências de pelo menos um transtorno psiquiátrico em algum momento de suas vidas (Lever & Geurts, 2016). A ansiedade, em particular, tem sido destacada como uma das condições de saúde mental concomitantes mais comuns nessa população (Kerns & Kendall, 2012).

As evidências existentes até o momento ainda são limitadas para a eficácia das terapias psicológicas na redução da ansiedade em adultos autistas (Ainsworth et al., 2020). White e colaboradores (2018) revisaram a literatura sobre tratamentos de ansiedade e depressão em adolescentes e adultos com autismo e descobriram que, para ansiedade, a Terapia Cognitivo- Comportamental (TCC) foi a abordagem mais comumente pesquisada. Os autores sugeriram que, em geral, a TCC apresenta efeito moderado a

grande. No entanto, o tratamento foi frequentemente modificado, com as mudanças entre os estudos sendo variadas. Exemplos de modificações incluíram: uma maior dependência dos pais para apoiar a terapia, um ritmo mais lento de tratamento, uso de recursos visuais e garantia de que o conteúdo fosse altamente estruturado.

Da mesma forma, outros autores (Spain, et al., 2015) realizaram uma revisão sobre o uso de TCC para autismo e transtornos psiquiátricos comórbidos e relataram que parece haver alguma melhora dos sintomas de ansiedade em adultos autistas com o uso de TCC. No entanto, deve-se notar que a estrutura "típica" da terapia foi modificada para melhor se adequar à necessidade de cada indivíduo. Embora tenha havido um esforço para identificar sistematicamente modificações na TCC para jovens autistas (Walters, Loades, & Russell, 2016), uma base de evidências semelhante para adultos autistas ainda não existe.

Treinamento de habilidades sociais

Habilidades sociais podem ser compreendidas como um constructo descritivo dos desempenhos individuais exigidos por um contexto interpessoal específico, que possibilitam comportamentos adequados frente a determinadas situações (Rosin-Pinola & Del Prette, 2014; Del Prette & Del Prette, 2005). Ela é aprendida, e resulta de experiências em diferentes situações sociais (Montiel et al., 2012) e influenciada por predisposições biológicas, atitudes, valores, crenças, capacidades cognitivas e um estilo único de interação (Wilkinson & Canter, 1982).

Complementando, Caballo (2003) afirma que a habilidade social deve levar em conta o contexto cultural determinado e que os padrões de comunicação são variáveis entre culturas e, dentro, inclusive, de uma mesma cultura. Além disso, o sucesso no desempenho de uma pessoa dependerá do seu objetivo na situação específica em que se encontre. Dessa forma, um comportamento adequado em uma situação, pode ser impróprio em outra.

Segundo Del Prette e Del Prette (2018), alguns conceitos são fundamentais para o entendimento do campo teórico-prático do Treinamento de Habilidades Sociais e para avaliação e promoção da competência social em diferentes contextos, quais sejam: desempenho social, habilidades sociais e competência social. Desempenho social consiste em qualquer tipo de comportamento na relação com outras pessoas, sejam desempenhos que favorecem ou que interferem na qualidade dos relacionamentos.

O termo habilidades sociais destina-se às diferentes categorias de comportamentos sociais de um indivíduo, que influenciam na competência social, facilitando um relacionamento funcional e adaptativo com as demais pessoas. O desempenho competente das habilidades sociais pode possivelmente favorecer consequências reforçadoras imediatas no contexto social. Portanto, a criança necessita associar fatores pessoais, da situação e da cultura que lhe permitam demonstrar um desempenho socialmente competente e também aprender um conjunto de habilidades sociais para atender às demandas das diferentes situações sociais. Essa articulação exige da criança coerência entre sentimentos, pensamentos e ações e está na base do conceito de competência social (Del Prette & Del Prette, 2018).

A competência social é definida como algo que está relacionado ao impacto de um desempenho social que integra pensamentos, sentimentos e ações em torno de objetivos pessoais e de demandas da situação e da cultura, as quais acarretam consequências positivas para o indivíduo e para a sua relação com as pessoas. Por um lado, o termo habilidades sociais tem como objetivo identificar descritivamente os elementos comportamentais, cognitivo-afetivos e fisiológicos que favorecem um desempenho socialmente competente. Por outro, o termo competência social apresenta um sentido avaliativo que consiste na coerência e funcionalidade do desempenho social (Del Prette & Del Prette, 2017).

As dificuldades sociais vivenciadas por indivíduos com TEA são frequentemente atribuídas à aplicação de comportamentos sociais discretos e cognição social (Bellini, Gardner, & Markoff,

2014). Mais especificamente, as características definidoras do transtorno incluem limitações no desenvolvimento das habilidades de comunicação social necessárias para a reciprocidade social, usando e interpretando a comunicação não verbal e adquirindo e mantendo relações sociais (Maye et al., 2017). Para indivíduos com autismo, as dificuldades com competência social podem ser mais pronunciadas na adolescência à medida que as expectativas relacionadas a esse componente evoluem com o tempo e se tornam cada vez mais complexas. Além disso, como seus pares com desenvolvimento típico, os indivíduos com TEA tornam-se mais interessados em formar relacionamentos durante a adolescência. Ao mesmo tempo, esses jovens estão se tornando cada vez mais conscientes de seus desafios sociais que interferem em sua capacidade de estabelecer relacionamentos duradouros (Koegel, Koegel, Miller, & Detar, 2014; Laugeson & Ellingsen, 2014; Mendelson, Gates, & Lerner, 2016).

Este desejo de se conectar com outras pessoas, mas a incapacidade de fazê-lo de forma eficaz, pode levar a uma série de consequências negativas, incluindo vitimização, depressão, ansiedade, falta de amigos e solidão (Koegel et al., 2014; Laugeson & Ellingsen, 2014). Essas demandas e desafios sociais cada vez mais complicados podem criar mais estressores que limitam severamente a capacidade dos jovens com TEA de fazer a transição para papéis sociais de adultos, especialmente nos domínios das relações entre pares, tomada de risco e busca de sensação e controle cognitivo (Picci & Scherf, 2015). Lamentavelmente, como esses desafios persistem na idade adulta, os adultos com TEA são mais propensos a ficar isolados, o que pode levar a problemas adicionais, incluindo ansiedade e / ou depressão (Volkmar et al., 2014).

Nesse sentido, Yan (2020) realizou uma revisão sistemática e meta-análise para avaliar a eficácia da intervenção do *Program for the Educational and Enrichment of Relational Skills* (PEERS) na melhoria dos resultados de habilidades sociais entre adolescentes e adultos jovens com TEA. O autor identificou 3.026 registros e a

meta-análise revelou um tamanho de efeito de médio a grande, favorecendo a intervenção dos PEERS na redução da gravidade dos sintomas de TEA e melhorando o desempenho e conhecimento das habilidades sociais. A análise de subgrupo sugeriu maior eficácia dos PEERS em jovens adultos do que em adolescentes.

Ainda, o planejamento da transição na adolescência deve incluir uma ênfase nas metas de competência social necessárias para que os indivíduos com autismo possam navegar nos ambientes sociais atuais e futuros. Tais intervenções terão que se concentrar não apenas nas habilidades sociais necessárias para uma interação social eficaz (por exemplo, tomada de turno, iniciar, responder), mas também cognição social para incluir tomada de perspectiva, interpretação de pistas sociais não verbais, reconhecimento e compreensão de emoções, regulação de emoções e resolução de problemas (Laugeson & Ellingsen, 2014).

No estudo de Ke, Whalon e Yun (2018) foram investigadas, através de uma revisão sistemática da literatura, a eficácia e as características que mais se destacam das intervenções destinadas a aumentar a competência social de jovens e adultos com transtorno do espectro autista. A revisão sintetizou e classificou as principais categorias e questões associadas às características da intervenção (por exemplo, o método de intervenção, agente, ferramentas e medidas), a natureza das tarefas de aprendizagem, o ambiente de implementação e duração, a metodologia de pesquisa e principais achados relacionados à competência social. Os resultados do estudo para adultos com transtorno do espectro autista permanecem pobres com apenas uma melhora mínima mostrada por décadas.

O transtorno do espectro autista é uma condição que se mostra presente ao longo da vida do indivíduo. Conforme as crianças com TEA entram na adolescência, muitas das características associadas ao quadro podem melhorar (por exemplo, linguagem), mas as limitações com competência social tendem a persistir na adolescência e na idade adulta (Magiati, Tay, & Howlin, 2014; Tobin, Drager, & Richardson, 2014; Volkmar, Reichow, &

McPartland, 2014). Dessa forma, as intervenções em habilidades sociais podem auxiliar os indivíduos que vivem com TEA na integração social e na qualidade de vida geral.

Terapia de Aceitação e Compromisso

A terapia de aceitação e compromisso (ACT) é um modelo de psicoterapia dentro da abordagem da terapia cognitivo-comportamental de terceira geração (Hayes & Pistorello, 2015). Ela propõe intervenções que buscam a contextualização das situações, abordando, mais especificamente, eventos abertos e encobertos a partir de valores pessoais (Saban, 2015; Hayes, 2004a). Portanto, trabalha com intervenções comportamentais a partir das contingências, promovendo o manejo das respostas com base em modelos de reforçamento positivo (Losada et al., 2015a; Saban, 2015).

Os eventos encobertos abarcam pensamentos, emoções, memórias e reações fisiológicas e ganham importância com a linguagem, a qual é carregada de significações sociais. A linguagem, por sua vez, pode engessar o repertório comportamental, tornando o indivíduo incapaz de experienciar novas possibilidades, para evitar o desconforto. Segundo os pressupostos da ACT, fusão, evitar, avaliar e dar razão são as ações que provocam o adoecimento do indivíduo. As relações sociais estão ligadas à contextualização dos eventos encobertos e abertos e necessitam de abertura para a experiência (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Segundo Hayes e Smith, (2005), abrir-se ao desconforto, através da aceitação, pela escolha de um caminho e pela ação, permitiria o aprendizado do indivíduo para enfrentar e manejar os desconfortos de maneira funcional e adaptativa. A ACT não propõe a modificação de crenças nucleares, mas a flexibilidade psicológica para lidar com o desconforto. Os pilares dessa abordagem são a aceitação das experiências encobertas, a escolha de direções valiosas na vida, o planejamento e a execução de ações realistas a partir de objetivos e metas pautados por valores próprios (Losada et al., 2015a).

As intervenções em ACT são propostas por meio do exercício de seis componentes do chamado "hexagrama de flexibilidade psicológica", a saber: aceitação, defusão, contato com o momento presente, *self* como contexto, valores e ação com compromisso (Saban, 2015). Na ACT, a "mente" é tida como a categorização da linguagem, que provoca comportamentos e, portanto, eventos encobertos são trabalhados no nível comportamental (Hayes et al., 2012).

Existem três estilos de resposta comportamental e que tais componentes podem ser divididos: aberto (aceitação e defusão), centrado (contato com o momento presente e *self* como contexto) e engajado (valores e ação com compromisso). O equilíbrio entre tais estilos possibilita ao indivíduo a flexibilidade desejada (Barbosa, Zanetti, Santos, & Murta, 2016). O uso de diários e metáforas apresenta-se como instrumento na ACT. Segundo Hayes e Smith (2005), as metáforas possibilitam ao paciente melhor compreensão de seu quadro, além do aprendizado desse modelo. A esse processo menos diretivo e mais intuitivo em busca de uma quebra nos padrões psicopatológicos reforçados pela linguagem se dá o nome de delimitação (Hayes et al., 2012). O terapeuta pode também, lançar mão de exercícios baseados em atenção plena, uma vez que se esteja trabalhando o contato com o momento presente e o *self* contextual (Hayes, 2004b).

A ACT tem sido amplamente utilizada com indivíduos sem transtornos de desenvolvimento que vivenciam ansiedade. O objetivo é aumentar a capacidade de suportar experiências privadas aversivas, entrar em contato com o momento presente e buscar valores consistentes de comportamentos que promoverão o contato com importantes reforçadores externos (Hutchinson, Rehfeldt, & Root, 2019).

A ACT foi implementada como uma abordagem terapêutica para aqueles que trabalham com indivíduos com autismo (Pahnke et al. 2019), e existe muito interesse na incorporação da ACT na prática analítica do comportamento (Gould et al. 2018). Brazeau, Rehfeldt, Mazo, Smalley, Krus, e Henson (2017) examinaram os efeitos de exercícios experienciais amplamente usados pela

comunidade ACT no desempenho de participantes que apresentavam transtorno do espectro autista durante entrevistas práticas de emprego. Os autores descobriram que os exercícios de atenção plena e de desfusão cognitiva levaram a aumentos substanciais no desempenho, mas que o treinamento de habilidades comportamentais foi necessário para melhorar certos aspectos das entrevistas desses indivíduos. Este estudo sugeriu que um papel potencial para a adoção do treinamento de aceitação e comprometimento por analistas do comportamento pode ser utilizá-lo em conjunto com o treinamento de habilidades sociais, particularmente quando os indicadores evidentes de ansiedade dos participantes contribuem para suas limitações.

Hutchinson e colaboradores (2019) realizaram um estudo com o objetivo de estender o trabalho de Brazeau et al. (2017), explorando o grau em que os protocolos ACT podem facilitar o desempenho durante entrevistas de emprego simuladas em participantes com transtornos do espectro autista. Todos os indivíduos que participaram relataram altos níveis de ansiedade em torno do processo de candidatura a empregos e nunca receberam instrução formal sobre entrevistas de emprego. Com o objetivo de identificar os ambientes e condições em que os analistas do comportamento podem usar a ACT, este estudo empregou um breve protocolo. Os autores reportaram melhora no desempenho dos participantes, mas o treinamento de habilidades sociais foi incluído para direcionar suas habilidades. Todos os participantes não só demonstraram um repertório de entrevistas habilidoso após a conclusão do experimento, mas também foram entrevistados ou obtiveram um emprego real.

Em crianças autistas e adultos, a inflexibilidade psicológica é um problema comum associado ao controle de ação direcionado a um objetivo reduzido, vulnerabilidade ao estresse, estímulos sensoriais (por exemplo, sons, odores ou estressores táteis) e eventos adversos na vida (Alvares, Balleine, Whittle, & Guastella, 2016). Além disso, a fusão cognitiva (ou seja, dificuldades com a autopercepção e a perspectiva de assumir a mente) é uma preocupação significativa, que

pode, adicionalmente, estreitar seu repertório de comportamento (Lombardo & Baron-Cohen, 2011; Williams, 2010; Williams & Happé, 2010). Alguns autores apoiam a ideia de que a ACT tenha benefícios para a saúde em adolescentes com diagnóstico de TEA (Pahnke, Lundgren, Hursti, & Hirvikoski, 2014).

Um estudo em um ambiente escolar especial avaliou a ACT em 28 alunos com diagnóstico de TEA, usando um delineamento quase experimental (Pahnke et al., 2014). Os resultados mostraram boa viabilidade, redução significativa do estresse e sintomas psiquiátricos concomitantes, bem como aumento de comportamentos pró-sociais. Esses dados demonstraram que a ACT pode ser uma abordagem viável e eficaz para reduzir o estresse e os sintomas psiquiátricos, bem como aumentar a flexibilidade psicológica e a qualidade de vida em adultos autistas (Byrne, & O'Mahony, 2020).

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura acerca das intervenções psicoterápicas enquadradas dentro da abordagem das terapias cognitivo comportamentais em indivíduos adolescentes e adultos jovens com transtorno do espectro autista. Essa revisão de cunho narrativo teve como ponto de partida estudos que reportaram que algumas intervenções apresentam melhores resultados voltados para os fatores vocacionais, sociais, educacionais e emocionais, com o incremento da qualidade de vida desses indivíduos.

O tema dessa revisão deve ser de interesse dos agentes de promoção de saúde, frente às demandas impostas para esta população na transição para a vida adulta, levando em consideração, também, as características próprias do transtorno que refletem comprometimentos que se estendem ao longo do ciclo vital. A falta de pesquisas que se debrucem sobre o tema é uma realidade no Brasil, quando comparada a estudos que investigam processos que envolvem a infância. Como resultado, se estabelece

uma lacuna que impacta significativamente a vida dessas pessoas e, também de sua rede de apoio.

Viabilizar tratamentos com eficácia comprovada é de suma importância para que se desenvolvam dados confiáveis que deem suporte e permitam o avanço de adultos com TEA nos desafios impostos pelas exigências da entrada em uma nova fase de vida. Essa revisão, portanto, não se esgota e pretende contribuir com esse campo ainda pouco explorado, mas de tanta relevância e aplicabilidade.

Referências

Ainsworth, K., Robertson, A. E., Welsh, H., Day, M., Watt, J., Barry, F., ... & Melville, C. (2020). Anxiety in adults with autism: Perspectives from practitioners. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 69, 101457.

Alford, B. A., Beck, A. T., & Jones Jr, J. V. (1997). The integrative power of cognitive therapy.

Alvares, G. A., Balleine, B. W., Whittle, L., & Guastella, A. J. (2016). Reduced goal-directed action control in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 9(12), 1285-1293.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed.). Author.

Anderson, K. A., Shattuck, P. T., Cooper, B. P., Roux, A. M., & Wagner, M. (2014) Prevalence and correlates of postsecondary residential status among young adults with an autism spectrum disorder. *Autism* 18(5):562–570.

Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eilertsen, D. E., Heggelund, T., Myrbakk, E., & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1669–1677.

Backman, A., Mellblom, A., Norman-Claesson, E., Keith-Bodros, G., Frostvittra, M., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2018). Internet-delivered psychoeducation for older adolescents and young adults with autism spectrum disorder (SCOPE): An open feasibility study. *Research in Autism Spectrum Disorders, 54*, 51-64.

Barbosa, L. M., Zanetti, B. R., Santos, B. S., & Murta, S. G. Promoção de saúde no envelhecimento: Contribuições da terapia de aceitação e compromisso. In: E. R. Freitas, A. J. G. Barbosa, & C. B. Neufeld. (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamentais com idosos* (pp. 375-400). Sinopsys.

Beck, A. (1964). On the linear search problem. *Israel Journal of Mathematics, 2*(4), 221-228.

Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research, 6*(4), 276.

Beck, J. S. (2014). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (2a. ed.). Artmed.

Bellini, S., Gardner, L., & Markoff, K. (2014). Social skill interventions. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. (4th ed).

Bernardino, I., Mougá, S., Almeida, J., van Asselen, M., Oliveira, G., & Castelo Branco, M. (2012). A direct comparison of local-global integration in autism and other developmental disorders: implications for the central coherence hypothesis. *PLoS One, 7*(6), e39351.

Bishop-Fitzpatrick, L., Minshew, N. J., & Eack, S. M. (2013). A systematic review of psychosocial interventions for adults with autism Spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 687-694.

Bishop-Fitzpatrick, L., Minshew, N. J., Mazefsky, C. A., & Eack, S. M. (2017). Perception of life as stressful, not biological response to stress, is associated with greater social disability in adults with

autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(1), 1-16.

Brazeau, K., Rehfeldt, R. A., Mazo, A., Smalley, S., Krus, S., & Henson, L. (2017). On the efficacy of mindfulness, defusion, and behavioral skills training on job interviewing skills in dually-diagnosed adults with developmental disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 145–151.

Brugha T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins R, & Meltzer, H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch Gen Psychiatry*, 68(5), 459–465.

Byrne, G., & O'Mahony, T. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) for adults with intellectual disabilities and/or autism spectrum conditions (ASC): A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. Santos.

Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 1-11.

Chancel, R., Miot, S., Dellapiazza, F., & Baghdadli, A. (2020). Group-based educational interventions in adolescents and young adults with TEA without ID: a systematic review focusing on the transition to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-21.

Cheak-Zamora, N. C., Farmer, J. E., Mayfield, W. A., Clark, M. J., Marvin, A. R., Law, J. K.,

... Law, P. A. (2014). Health care transition services for youth with autism Spectrum disorders. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 340–348.

Choque Olsson, N., Flygare, O., Coco, C., Görling, A., Råde, A., Chen, Q., & Bölte, S. (2017). Social skills training for children and adolescents with autism Spectrum disorder: A randomized

controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(7), 585–592.

Colom, F., & Vieta, E. (2004a). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6(6), 480-486.

Colom, F., & Vieta, E. (2004b). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 47-50.

Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. University Press.

Costa, A. P., Loor, C., & Steffgen, G. (2020). Suicidality in adults with autism spectrum disorder: the role of depressive symptomatology, alexithymia, and antidepressants. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 3585-3597.

Christ, S. E., Holt, D. D., White, D. A., & Green, L. (2007). Inhibitory control in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(6), 1155-1165.

Dahlgren, C. L., Lask, B., Landrø, N. I., & Rø, Ø. (2013). Neuropsychological functioning in adolescents with anorexia nervosa before and after cognitive remediation therapy: a feasibility trial. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 576-581.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2017). *Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor*. EdUFSCar.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2018). *Competência social e habilidades sociais: manual teórico-prático*. Editora Vozes Limitada.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2010). *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press.

Eack, S.M., Greenwald, D.P., Hogarty, S.S., Baborik, A.L., Litschge, M.Y., Mazefsky, C.A., & Minshew, N. J. (2013b). Cognitive Enhancement Therapy for adults with autism spectrum disorder:

Results of an 18-month feasibility study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2866–2877.

Eack, S. M., Wojtalik, J. A., Keshavan, M. S., & Minshew, N. J. (2017). Social-cognitive brain function and connectivity during visual perspective-taking in autism and schizophrenia. *Schizophrenia research*, 183, 102-109.

Eaves L. C., & Ho H. H. (2008) Young adult outcome of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 38(4), 739–747.

Edmunds, J. M., Read, K. L., Ringle, V. A., Brodman, D. M., Kendall, P. C., & Beidas, R. S. (2014). Sustaining clinician penetration, attitudes and knowledge in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety. *Implementation Science*, 9(1), 1-12.

Fitzpatrick, L.B., Minshew, N.J., & Eack, S.M. (2013). A systematic review of psychosocial interventions for adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 687–694.

Flores-Pajot MC, Ofner M, Do MT, Lavigne E, Villeneuve PJ (2016) Childhood autism spectrum disorders and exposure to nitrogen dioxide, and particulate matter air pollution: a review and meta-analysis. *Environ Res*, 151, 763–776.

Gordon, K., Murin, M., Baykaner, O., Roughan, L., Livermore-Hardy, V., Skuse, D., ... Mandy, W. (2015). A randomised controlled trial of PEGASUS, a psychoeducational programme for young people with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(4), 468–476.

Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81–88.

Happé, F., & Booth, R. D. (2008). The power of the positive: Revisiting weak coherence in autism spectrum disorders. *Quarterly journal of experimental psychology*, 61 (1), 50-63.

Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(3), 639-665.

Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationships. In: S. Hayes, V. Follette & M. Linehan. (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 1-29). Guildford.

Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2015). Prefácio. In: Saban, M. T. (Ed.), *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso* (2. ed., pp. 7-11). Artesã.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: an experimental approach to behavior change* (2nd. ed.). Guildford.

Hedley, D., Uljarević, M., Cai, R. Y., Bury, S. M., Stokes, M. A., & Evans, D. W. (2021). Domains of the autism phenotype, cognitive control, and rumination as transdiagnostic predictors of DSM-5 suicide risk. *PLoS One*, 16(1), e0245562.

Hirvikoski, T., & Blomqvist, M. (2015). High self-perceived stress and poor coping in intellectually able adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 19(6), 752-757.

Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bolte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry*, 208(3), 232– 238.

Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindstrom, T., Bolte, S., & Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): An open clinical feasibility trial. *Adhd-Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 89–99.

Hutchinson, V. D., Rehfeldt, R. A., & Root, W. B. (2019). Exploring the efficacy of acceptance and commitment therapy and behavioral

skills training to teach interview skills to adults with autism spectrum disorders. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 450-456.

Jonsson, U., Alaie, I., Lofgren Wilteus, A., Zander, E., Marschik, P. B., Coghill, D., et al.

(2017). Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders - a critical review of the research. *J Child Psychol Psychiatry*, 58(4), 439–469.

Ke, F., Whalon, K., & Yun, J. (2018). Social skill interventions for youth and adults with autism spectrum disorder: a systematic review. *Review of Educational Research*, 88(1), 3-42.

Kenworthy, L., Yerys, B. E., Anthony, L. G., & Wallace, G. L. (2008). Understanding executive control in autism spectrum disorders in the lab and in the real world. *Neuropsychology review*, 18(4), 320-338.

Kerns, C. M., & Kendall, P. C. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(4), 323-347.

Keshavan, M.S., Vinogradov, S., Rumsey, J., Sherrill, J., & Wagner, A. (2014). Cognitive training in mental disorders: Update and future directions. *American Journal of Psychiatry*, 171, 510–522.

Koegel, L. K., Koegel, R. L., Miller, A. R., & Detar, W. J. (2014). In: F. R. Volkmar, R. Paul, S. J. Rogers, & K. A. Pelphrey (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (4th ed., pp. 176–190). Wiley.

Kumar, S. L. (2013) Examining the characteristics of visuospatial information processing in individuals with high-functioning autism. *Yale J Biol Med.*, 86(2), 147–156.

Lau, A., Barnett, M., Stadnick, N., Saifan, D., Regan, J., WiltseyStirman, S., Roesch, S., & Brookman-Frazee, L. (2017). Therapist report of adaptations to delivery of evidence- based practices within a system-driven reform of publicly funded

children's mental health services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 664–675.

Laugeson, E. A., & Ellingsen, R. (2014). Social skills training for adolescents and adults with autism spectrum disorder. In: F. R. Volkmar, B. Reichow, & J. McPartland (Eds.), *Adolescents and adults with autism spectrum disorders* (pp. 61–86). Springer.

Lever, A. G., & Geurts, H. M. (2016). Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(6), 1916–1930.

Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2011). The role of the self in mindblindness in autism. *Conscious Cogn*, 20(1), 130–140.

Losada, A., Romero-Moreno, R., López, J., Márquez-González, M., Mausbach, B. T., Fernández-Fernández, V. ... Nogales-González, C. (2015a). Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760–722.

Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in developmental disabilities*, 32(5), 1910–1917.

Magiati, I., Tay, X. W., & Howlin, P. (2014). Cognitive, language, social and behavioral outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 34, 73–86.

Maye, M. P., Kiss, I., & Carter, A. S. (2017). Definitions and classification of autism spectrum disorders. In: D. Zager, D. F. Cihak, & A. Stone-Macdonald (Eds.), *Autism spectrum disorders: Identification, education, and treatment* (pp. 1–23). Routledge.

Mendelson, J. L., Gates, J. A., & Lerner, M. D. (2016). Friendship in school-age boys with autism spectrum disorders: A meta-analytic

summary and developmental, process-based model. *Psychological Bulletin*, 142, 601–622.

Miller, H. L., Ragozzino, M. E., Cook, E. H., Sweeney, J. A., Mosconi, M. W. (2015). Cognitive set shifting deficits and their relationship to repetitive behaviors in autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.*, 45(3), 805–815.

Montiel, J. M., Pessotto, F., Bartholomeu, D., Voegelli, A. F., & Yara, V. (2014). Habilidades sociais e status sociométrico em crianças do ensino fundamental. *Revista Sul Americana de Psicologia*, 2(2), 251.

Mottron, L., Bouvet, L., Bonnel, A., Samson, F., Burack, J. A., Dawson, M., & Heaton, P. (2013). Veridical mapping in the development of exceptional autistic abilities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(2), 209-28.

NICE (2013). *Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management*. National Institute of Clinical Excellence.

Okuda, S. et al. (2019). Association between sleep disturbance in Alzheimer's disease patients and burden on and health status of their caregivers. *J. Neurol.*, 266(6), 1490-1500.

Pahnke, J., Kirvikoskib, T., Bjureberga, J., Bolteb, C., Jokinen, J., Bohmana, B., & Lundgren, L. (2019). Acceptance and commitment therapy for autistic adults: an open pilot study in a psychiatric outpatient context. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 34– 41.

Pahnke, J., Lundgren, T., Hursti, T., & Hirvikoski, T. (2014). Outcomes of an acceptance and commitment therapy-based skills training group for students with high-functioning autism spectrum disorder: A quasi-experimental pilot study. *Autism*, 18(8), 953–964.

Picci, G., & Scherf, K. S. (2015). A two-hit model of autism: adolescence as the second hit. *Clinical Psychological Science*, 3, 349–371.

Pickard, K., Blakeley-Smith, A., Boles, R., Duncan, A., Keefer, A., O'Kelley, S., & Reaven, J. (2020). Examining the sustained use of a cognitive behavioral therapy program for youth with autism

spectrum disorder and co-occurring anxiety. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 73, 101532.

Richards, G., Kenny, R., Griffiths, S., Allison, C., Mosse, D., Holt, R., ... & Baron-Cohen, S. (2019). Autistic traits in adults who have attempted suicide. *Molecular Autism*, 10, 1-10.

Robertson, A. E., Stanfield, A. C., Watt, J., Barry, F., Day, M., Cormack, M., & Melville, C. (2018). The experience and impact of anxiety in autistic adults: A thematic analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 46, 8-18.

Rosin-Pinola, A. R., & Del Prette, Z. A. P. (2014). Inclusão escolar, formação de professores e a assessoria baseada em habilidades sociais educativas. *Revista brasileira de educação especial*, 20(3), 341-356.

Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 160–177.

Ruggieri, V. (2020). Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 80, 12-16.

Saban, M. T. (2015). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso* (2. ed.). Belo Horizonte: Artesã.

Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Cooper, B., Sterzing, P. R., Wagner, M., Taylor, J. L. (2012) Postsecondary education and employment among youth with an autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 129(6), 1042–1049.

Silva, V. A. H., & Seabra, P. R. C. (2020). Estimulação cognitiva em pessoas com doença mental na comunidade: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1).

Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2012). Adults with autism: Outcomes, family effects, and the multi-family group psychoeducation model. *Current Psychiatry Reports*, 14(6), 732–738.

Sousa L, & Sequeira C. (2012). Concepção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Rev Port EnfermSaúde Mental*, 8, 7-15.

Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happe, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 151-162.

Taylor, J. L., Dove, D., Veenstra-VanderWeele, J., Sathe, N. A., McPheeters, M. L., Jerome, R. N., & Warren, Z. (2012). *Interventions for Adolescents and Young Adults With Autism Spectrum Disorders*.

Tchanturia, K., Davies, H., Reeder, C., & Wykes, T. (2010). *Cognitive remediation programme for anorexia nervosa: a manual for practitioners*. Institute of Psychiatry.

Tchanturia, K., Lloyd, S., & Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492-495.

Tobin, M. C., Drager, K. D., & Richardson, L. F. (2014). A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorders: Support, social functioning, and quality of life. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 214-229.

Trembath, D., Germano, C., Johanson, G., & Dissanayake, C. (2012). The experience of anxiety in young adults with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 27(4), 213-224.

Trudgeon, C., & Carr, D. (2007). The impacts of home-based early behavioural intervention programmes on families of children with autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(4), 285-296.

Van der Hallen, R., Evers, K., Brewaeys, K., Van den Noortgate, W., & Wagemans, J. (2015). Global processing takes time: A meta-analysis on local-global visual processing in TEA. *Psychological Bulletin*, 141(3), 549-573.

- Vita A, De Peri L, Barlati S, Cacciani P, Deste G, Poli R, et al. (2011). Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological, and functional outcome domains in schizophrenia: A prospective study in a real-world setting. *Schizophr Res.*, 133(1-3), 223-31.
- Volkmar, F. R., Reichow, B., & McPartland, J. (2014). Adolescents and adults with autism spectrum disorder. *In: F. R. Volkmar, B. Reichow, & J. McPartland (Eds.), Adolescents and adults with autism spectrum disorders* (pp. 1–13). Springer.
- Walters, S., Loades, M., & Russell, A. (2016). A systematic review of effective modifications to cognitive behavioural therapy for young people with autism spectrum disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3(2), 137-153.
- Westwood, H., Stahl, D., Mandy, W., Tchanturia, K. (2016). The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.*, 46(9),1809–1827.
- WiltseyStirman,S., Gamarra, J. M., Bartlett, B. A., Calloway, A., & Gutner, C. A. (2017). Empirical examinations of modifications and adaptations to evidence-based psychotherapies: Methodologies, impact, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(4), 396-420.
- White, S. W., Ollendick, T., Scahill, L., Oswald, D., & Albano, A. M. (2009). Preliminary efficacy of a cognitive-behavioral treatment program for anxious youth with autismspectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(12), 1652.
- White, S. W., Simmons, G. L., Gotham, K. O., Conner, C. M., Smith, I. C., Beck, K. B., & Mazefsky, C. A. (2018). Psychosocial treatments targeting anxiety and depression in adolescents and adults on the autism spectrum: Review of the latest research and recommended future directions. *Current psychiatry reports*, 20(10), 1-10.
- Williams, D. (2010). Theory of own mind in autism: Evidence of a specific deficit in self-awareness? *Autism*, 14(5), 474–494.

- Williams, D., & Happe, F. (2010). Representing intentions in self and other: Studies of autism and typical development. *Developmental Science*, 13(2), 307–319.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168, 472–485.
- Wilkinson, J., & Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design, and management of training*. John Wiley & Sons.
- Yan, W. Y. (2020). *Effectiveness of peers social skills training programme in improving social skills among adolescents and young adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised control trials*. (Doctoral dissertation).

CAPÍTULO 8

VIVÊNCIAS DE MÃES NA ROTINA DE TERAPIAS COM FILHOS AUTISTAS

Bárbara Ambrozini Nyland
Denise de Matos Manoel Souza

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, conhecido como DSM-5-TR, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser definido como um prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social, assim como, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. A criança normalmente apresenta estes sintomas desde o início da infância (entre 12 a 24 meses) e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (APA, 2022).

O diagnóstico do TEA baseia-se na observação clínica e na aplicação de instrumentos padronizados que avaliam as habilidades sociais, de comunicação e comportamentais da criança. É importante que o diagnóstico seja realizado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que realizam uma avaliação cuidadosa das habilidades e dificuldades da criança, além de considerar o histórico de desenvolvimento, fatores genéticos e ambientais. Em alguns casos, exames complementares, como a ressonância magnética, podem ser realizados para descartar outras condições que possam estar relacionadas aos sintomas apresentados (Brasil, 2014).

Assim que a criança recebe o diagnóstico do TEA, o movimento familiar muda em função das terapias, medicamentos, consultas médicas e da rotina mais minuciosa, a fim de que a mesma possa receber as oportunidades necessárias para se desenvolver da melhor forma possível, possibilitando que ela

venha a ter uma vida com mais qualidade e desenvolva recursos para lidar com as dificuldades ocasionadas pelo transtorno.

A partir do diagnóstico então, a criança necessita de diversos acompanhamentos e terapias, sendo assim que a vida da mãe muda completamente por conta da rotina. Além do mais, estudos como o de Pereira *et al*, (2018) e Segeren e Françoso (2014), indicam que a maior parte da responsabilidade pelos cuidados com os filhos é atribuída às mães, as quais se dedicam completamente às crianças, sem poupar esforços para oferecer o melhor a elas. Por isso, muitas vezes renunciam à própria vida pessoal e profissional, se anulando para se dedicarem integralmente aos filhos.

É perceptível que muitas mães se sentem sobrecarregadas devido às adaptações que a rotina e as necessidades das crianças exigem, resultando em um alto nível de estresse. Isso ocorre principalmente porque, como já mencionado, a rede de apoio costuma ser bastante escassa, inclusive por parte do cônjuge. Estudos apontam que esse distanciamento matrimonial e social é um dos principais fatores que contribuem para o adoecimento e para uma relação mãe-filho prejudicada, devido à sobrecarga de ter que lidar com todas as demandas dos filhos sozinha. Essa sobrecarga pode afetar a saúde mental das mães, podendo causar ansiedade, depressão e exaustão emocional. Além disso, destaca-se que a divisão igualitária de responsabilidades entre pais pode ajudar a aliviar essa carga (Meimes, Saldanha & Bosa, 2015).

Segundo alguns relatos de mães, é raro ter tempo para cuidar de si mesmas, seja para realizar atividades que gostam ou para fazer atividades de autocuidado. Elas afirmam que frequentemente não têm com quem deixar as crianças ou que é difícil pedir ajuda a outras pessoas por causa do transtorno da criança. Como resultado, elas precisam se adaptar à rotina da criança, deixando de lado seus próprios interesses e ocupações. Esse desgaste pode levar a altos níveis de estresse, qualidade de vida baixa e desempenho ocupacional insatisfatório, o que pode dificultar a procura/manutenção de emprego, realizar atividades de lazer e interagir socialmente com outras pessoas, entre outras

coisas essenciais para o bem-estar do ser humano (Estanieski & Guarany, 2015).

A partir disso, é fundamental compreender que a sobrecarga emocional e física que as mães de crianças com TEA enfrentam pode levar a problemas de saúde mental, além de impactar negativamente seus relacionamentos pessoais e profissionais. Portanto, oferecer suporte adequado às mães é essencial para promover o bem-estar da família como um todo, bem como para garantir que a criança receba os cuidados necessários. Isso pode incluir acesso a serviços de saúde mental, grupos de apoio, programas de treinamento de habilidades parentais e outras formas de suporte prático e emocional (Vilanova, 2022).

Desse modo, a pesquisa tem como objetivo aprofundar a compreensão das experiências das mães que enfrentam a rotina de terapias para o tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para isso, visa investigar detalhadamente como é o dia-a-dia das pessoas com TEA, analisar os sentimentos mais presentes nas mães ao longo desse processo desafiador e, igualmente, descrever minuciosamente as transformações que ocorrem na rotina dessas mães à medida que acompanham seus filhos durante as terapias. Por fim, a pesquisa busca oferecer uma visão mais completa e informada sobre as vivências dessas mães, contribuindo para o aprimoramento do apoio que pode ser oferecido a elas e promovendo uma maior conscientização na sociedade acerca dos desafios que enfrentam.

Materiais e Métodos

A pesquisa teve um caráter descritivo com abordagem quali-quantitativa, conduzido através do Google Forms, com mães que frequentam clínicas para terapias específicas para Transtorno do Espectro Autista (TEA). A pesquisa foi realizada online, sendo o formulário enviado para grupos de associações de pais atípicos em Dourados, permitindo o acesso das mães ao link da pesquisa. Foi utilizado um questionário estruturado para caracterizar a

população do estudo e o WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – BREF) para avaliar a qualidade de vida das mães, bem como perguntas abertas para explorar os sentimentos das mães em sua rotina.

No que diz respeito às considerações éticas da pesquisa, antes do início do estudo, as participantes deram seu consentimento na primeira página do Google Forms, com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os objetivos da pesquisa, procedimentos, riscos, benefícios, confidencialidade e anonimato dos dados coletados foram explicados.

A amostra foi composta por mães de crianças autistas que frequentam clínicas de desenvolvimento infantil para terapias. As mães com idade igual ou superior a 18 anos e experiência na rotina de terapias com seus filhos autistas foram incluídas. O tamanho da amostra foi de 9 mães abordadas através do grupo 'Família azul' no whatsapp.

A análise dos dados quantitativos utilizou técnicas estatísticas descritivas, como média, desvio padrão e percentuais, enquanto os dados qualitativos das respostas abertas foram analisados por meio da análise de conteúdo, identificando categorias temáticas relacionadas aos sentimentos das mães.

Os procedimentos da pesquisa envolveram a explicação do estudo para as mães, obtenção de consentimento, coleta de dados por meio de um questionário online, compostopor perguntas de múltipla escolha e abertas para caracterização da amostra e a aplicação do instrumento WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida das mães em diferentes domínios.

Resultados e Discussão

A pesquisa envolveu um grupo de 9 mães, com idades compreendidas entre 31 e 43 anos. A maioria das participantes possui formação em nível de pós-graduação. No entanto, apesar dessa qualificação acadêmica, mais da metade delas não está inserida no mercado de trabalho atualmente. No contexto das

terapias, a maioria dos filhos dessas mães participantes está em processo terapêutico há mais de 3 anos, realizando tais terapias cinco vezes por semana e utilizando de planos de saúde como recurso de acesso. Essas informações são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1.

Caracterização da amostra

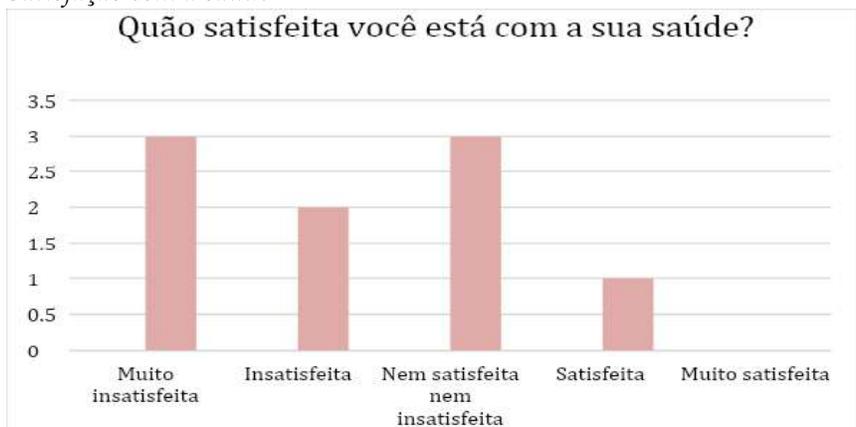
Idade	Trabalho	Plano de saúde	Tempo de terapias	Frequência
35	Sim	Sim	Mais de 3 anos	5 vezes na semana
38	Sim	Sim	Mais de 3 anos	4 vezes na semana
38	Não	Sim	Mais de 3 anos	5 vezes na semana
33	Não	Sim	De 1 a 2 anos	5 vezes na semana
43	Sim	Sim	Mais de 3 anos	5 vezes na semana
31	Não	Sim	Menos de 1 ano	5 vezes na semana
31	Sim	Sim	Mais de 3 anos	5 vezes na semana
33	Não	Sim	De 1 a 2 anos	5 vezes na semana
41	Não	Sim	De 1 a 2 anos	3 vezes na semana

Para uma análise mais específica do instrumento WHOQOL, foram selecionadas seções que refletem os objetivos de observação da pesquisa. Assim, os resultados apresentados a seguir representam uma amostra direcionada do estudo, o qual abordou diversas facetas relacionadas à qualidade de vida das mães. A seguir, destacam-se os resultados que contribuem para uma compreensão mais aprofundada sobre a vivência das mães atípicas.

A rotina intensa que muitas mães enfrentam, especialmente aquelas com filhos autistas, frequentemente impõe demandas físicas e emocionais significativas. O cuidado constante, as adaptações necessárias para atender às necessidades específicas de seus filhos e a administração de múltiplas responsabilidades podem resultar em níveis elevados de estresse e fadiga. Esses fatores, por sua vez, podem ter impactos negativos na saúde percebida, contribuindo para a insatisfação expressa na Figura 1.

Figura 1.

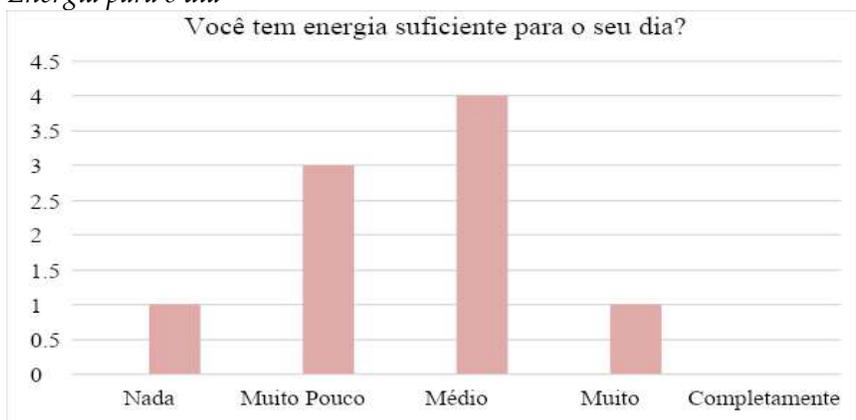
Satisfação com a saúde



A falta de energia demonstrada pela maioria das mães na Figura 2 corrobora para a interpretação de que a rotina de cuidados com a criança atípica demanda muita energia, principalmente se relacionado com a quantidade de terapias que eles fazem, onde o cuidador fica responsável por levar e trazer e ainda ter que lidar com as demandas que são provenientes do próprio transtorno da criança.

Figura 2.

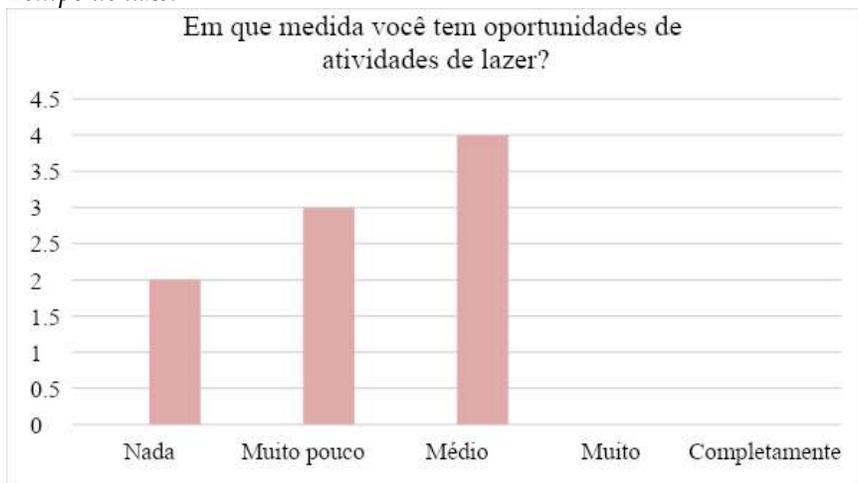
Energia para o dia



Os resultados na Figura 3 apontam para uma maior insatisfação em relação ao tempo disponível para realizar atividades de lazer. Esse padrão sugere que a maioria dessas mães não se sente atendida ou satisfeita com o tempo e as oportunidades disponíveis para desfrutar de momentos de lazer. Este cenário evidencia uma lacuna substancial entre as expectativas das mães em relação ao tempo dedicado ao lazer e a realidade percebida.

Figura 3.

Tempo de lazer



Apesar de a rotina muitas vezes poder acabar gerando um afastamento social devido a falta de tempo, podemos ver na Figura 4 uma divisão em relação a satisfação nos relacionamentos pessoais dessas mães. Essa divergência destaca a natureza subjetiva das relações, podendo variar de acordo com a vivência de cada mãe.

Figura 4.

Relações pessoais



A Figura 5 apresenta um resultado preocupante, revelando que todas as participantes relatam experimentar sentimentos negativos, sendo que a maioria afirma sentir essas emoções com muita frequência ou sempre. Esses dados indicam a quão desafiadora pode ser a experiência dessas mães e ressaltam a importância de dedicar atenção à saúde mental das mesmas.

Figura 5.

Sentimentos negativos



Ainda sobre os resultados do instrumento WHOQOL, foi possível observar que a maioria das mães julgam precisar de acompanhamento médico para levar sua vida cotidiana, aproveitam pouco a vida, acreditam pouco que sua vida tem sentido, possuem pouca concentração, se sentem pouco seguras no seu dia a dia, não estão com sua vida financeira e possuem dificuldade para aceitar sua aparência física.

Mediante a análise das perguntas dissertativas, destacaram-se aspectos que convergem com a hipótese subjacente a esta pesquisa. A seguir, será apresentado uma análise das respostas mais significativas para compreensão do que foi observado, garantindo a confidencialidade das participantes, o que implica a ausência de qualquer forma de identificação.

Ao indagar sobre os impactos nas vidas das mães decorrentes do início das terapias de seus filhos, observou-se que a maioria delas mencionou a necessidade de reduzir ou interromper suas atividades profissionais para acomodar o fluxo de intervenções terapêuticas. Uma das participantes compartilhou sua experiência, afirmando: "Tive que reduzir a carga horária no trabalho, e várias outras atividades para ter disponibilidade pra acompanhá-los nas terapias." Outra mãe destacou a intensificação da rotina, acrescentando uma perspectiva otimista: "A rotina, ficou muito mais intensa..porém sempre entendemos que é uma fase em que ele precisa desse suporte e que essa fase um dia irá passar..e nesse momento ele precisa, um dia, quando ele tiver alta, todo esforço terá valido a pena."

Já sobre o sentimento delas em relação as terapias em que seus filhos participam, foi interessante ver que há um sentimento presente de esperança em relação a evolução e melhora, como podemos observar nos relatos dessas mães: "Sou grata, porque existe um tratamento para que ele se sinta melhor e consiga atingir o máximo potencial que ele tem...Ele não tem só autismo, ele é um ser humano, tem várias potencialidades, sonhos" ou "com esperança porém insegura" e "Me sinto segura. Esse apoio terapêutico é muito importante para ele".

Em relação ao que elas consideram mais difícil na rotina de terapias, foi quase unânime a questão de tempo. Por serem muitas terapias, por muitas horas, as mães acabam ficando sem tempo, o que torna a rotina muito cansativa como podemos observar nos seguintes relatos: “O desgaste de levar diariamente, às vezes as crianças não querem ir e choram, um sentimento às vezes de tristeza porque na verdade eu gostaria de estar levando eles em outras atividades como parquinho, e as terapias tomam um tempo muito grande no dia a dia”, “ter que dar conta de todas as demandas do dia, com um fluxo grande de terapias”, “falta de tempo”.

A análise dos dados coletados na pesquisa revela uma tendência marcante: as mães frequentemente assumem o papel principal no cuidado das crianças. Essa realidade reflete uma norma histórico-cultural profundamente enraizada na sociedade, que tradicionalmente designa às mulheres a responsabilidade primária pelos filhos. Consequentemente, muitas mães se veem dedicando-se integralmente aos cuidados dos filhos, abdicando de suas carreiras profissionais. Esse cenário as confina principalmente às necessidades de seus filhos e às tarefas domésticas (Collet *et al.*, 2016).

Conforme descrito por Sanini et al. (2010), os resultados da pesquisa corroboram que, sendo as principais cuidadoras, estas mulheres enfrentam um elevado nível de estresse devido à sobrecarga emocional, social, física e financeira. Este cenário contribui para que elas frequentemente negligenciem suas próprias necessidades, resultando em uma deterioração do seu bem-estar biopsicossocial. A pesquisa reafirma que a intensa dedicação ao cuidado dos outros, muitas vezes à custa do autocuidado, tem implicações significativas para a saúde e o equilíbrio de vida dessas mulheres.

As relações sociais e afetivas das mães também são significativamente impactadas pela intensidade de sua rotina diária, resultando em uma redução notável no apoio que recebem de amigos e familiares, frequentemente limitando-se a pouco ou, em alguns casos, nenhum apoio. Portanto, isso pode ser um agravante para os sentimentos de sobrecarga sentidos por essas

mães que precisam tanto de um suporte no cuidado com seus filhos (Smeha & Cezar, 2011).

A pesquisa revelou um aspecto preocupante, também destacado por Sanini et al. (2010), que é a prevalência de sentimentos negativos entre as mães, incluindo desespero e angústia. Estas emoções contribuem significativamente para altos índices de depressão e ansiedade neste grupo. Diante desses achados, ressalta-se a crucial necessidade de implementar medidas de apoio para essas mães, visando melhorar sua qualidade de vida. Tais iniciativas devem abordar não apenas o alívio do estresse emocional, mas também oferecer suporte psicológico e social, enfatizando a importância do autocuidado e do bem-estar mental. A experiência das mães está profundamente entrelaçada com o sentimento de sobrecarga que elas frequentemente relatam. Essa conexão íntima sugere que é desafiador discernir entre a vivência cotidiana dessas mães e a constante sensação de sobrecarga que acompanha essa jornada. Em outras palavras, a rotina dessas mães é, em si, uma representação da sobrecarga, e vice-versa, indicando que a sobrecarga se tornou uma parte intrínseca do seu dia-a-dia (Constantinidis & Pinto, 2020).

Em suma, é evidente que a experiência da maternidade para mães de crianças autistas é marcadamente mais desafiadora e complexa. Essas mulheres enfrentam um cenário repleto de incertezas e imprevisibilidade, especialmente ao considerar o futuro. Essa realidade não apenas intensifica as demandas cotidianas da maternidade, mas também acrescenta uma camada de complexidade emocional e psicológica, à medida que lida com os desafios únicos de criar um filho com autismo (Smeha & Cezar, 2011).

Considerações Finais

Os resultados da pesquisa indicam claramente que as mães desempenham um papel central no cuidado de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esta dedicação muitas vezes

implica em colocar suas próprias vidas em segundo plano, priorizando as necessidades de seus filhos acima de tudo. Tal comprometimento resulta em desgaste e sobrecarga significativos em várias esferas de suas vidas, refletindo o impacto profundo que a convivência com uma criança com TEA pode ter no bem-estar e na qualidade de vida dessas mulheres.

Com base nisso, torna-se evidente a necessidade de ampliar o suporte às mães no cuidado de crianças com autismo. Isso inclui não apenas um reforço no apoio psicológico, mas também o acesso a recursos que as capacitem a equilibrar as demandas do cuidado com a atenção às suas próprias necessidades. É crucial desenvolver estratégias que promovam o bem-estar dessas mães, garantindo que elas tenham a oportunidade de priorizar sua saúde mental e física, além de manter um equilíbrio saudável entre as responsabilidades parentais e pessoais.

A pesquisa enfrentou algumas limitações importantes, incluindo a restrição de tempo disponível para a realização do estudo, uma base limitada de artigos e pesquisas prévias relacionados ao tema, e a escassez de apoio de clínicas especializadas no atendimento a esse público específico. Esses fatores limitaram o escopo e a profundidade da análise, impactando potencialmente a abrangência e a relevância dos resultados obtidos.

É recomendável a realização de um estudo mais detalhado e profundo sobre o impacto das experiências vivenciadas pelas mães na rotina de terapias com filhos autistas, dando foco de estudo especialmente nas áreas afetadas por essas vivências e explorar estratégias eficazes para o enfrentamento desses desafios, investigando como as experiências maternas influenciam tanto o bem-estar da mãe quanto o progresso terapêutico da criança, identificando métodos que possam apoiar essas mães de maneira holística, aliviando o estresse e promovendo uma melhor qualidade de vida para toda a família.

Referências

- Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Ministério da Saúde.
- Collet, N., Pinto, R., Reichert, A., Saraiva, A., Souza, V. N., & Torquato, I. (2016). Autismo infantil: Impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), 1-9.
- Constantinidis, T. C., & Pinto, A. (2020). Revisão Integrativa sobre a Vivência de Mães de Crianças com Transtorno de Espectro Autista. *Revista Psicologia E Saúde*, 12(2).
- Estanieski, I. I., & Guarany, N. R. (2015). Qualidade de vida, estresse e desempenho ocupacional de mães cuidadoras de crianças e adolescentes autistas. *Rev Ter Ocup Univ*, 26(2), 194-200.
- Fernandes, F. D.M. *et al.* (2022). O papel do fonoaudiólogo e o foco da intervenção no TEA. *CoDAS*, 34(5), e20210264.
- Mapurunga, B. A. *et al.* (2021). A atuação do terapeuta ocupacional na reabilitação de pessoas com autismo. *Revista de casos e consultoria*, 12(1).
- Mattos, J. C. (2019). Alterações sensoriais no Transtorno do Espectro Autista (TEA): implicações no desenvolvimento e na aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 36(109).
- Meimes, M. A., Saldanha, H. C., & Bosa, C. A. (2015). Adaptação materna ao transtorno do espectro autismo: relações entre crenças, sentimentos e fatores psicossociais. *Revista Psico*, 46(4), 412-422.
- Pereira, L. D. *et al.* (2018). Dificuldades de mães e de pais no relacionamento com crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Contextos Clínicos*, 11(3), 351-360.

- Ponte, A., & Araujo, L. (2022). Vivências de mães no cuidado de crianças com transtorno do espectro autista. *Revista do NUFEN: Phenomenology and interdisciplinarity*, 14(2).
- Riccioppo, M. R. P. L., & Hueb, M. F. D. (2021). Meu filho é autista: percepções e sentimentos maternos. *Revista da SPAGESP*, 22(2), 132-146.
- Sanini, C., Brum, M. H. E., & Bosa, A. C. (2010). Depressão materna e implicações sobre o desenvolvimento infantil do autista. *Rev. Bras. de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(3), 809-815.
- Segeren, L., & Francozo, M. F. C. (2014). As vivências de mães de jovens autistas. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 39-46.
- Smeha, L. N., & Cezar, P. K. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 45-50.
- Sousa, D. L. D. *et al.* (2020). Análise do comportamento Aplicada: A percepção dos pais e profissionais acerca do tratamento em crianças com Espectro Autista. *Contextos Clínicos*, 13(1), 105-124.
- Vilanova, J. R. S. *et al.* (2022). Sobrecarga de mães com filhos diagnosticados com transtorno do espectro autista: estudo de método misto. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 43(e20210077), 1-12.

CAPÍTULO 9

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ABA EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO NO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE PARA AUTISTAS (PIPPA)

Luiz Alexandre Barbosa de Freitas
Fernanda Aparecida Piovesan
Quezia Lara Gomes
Rauni Jandé Roama-Alves
Júlio César da Luz Ferreira Filho

Os procedimentos analítico-comportamentais utilizados para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e outros atrasos do desenvolvimento, foram sistematizados em programas de intervenção abrangentes nos anos 1970, baseados em diversas publicações experimentais e aplicadas das duas décadas anteriores (Matson & Neal, 2009). Desde então, diversos estudos (e.g., Howard et al., 2005, 2014; Lovaas, 1987; Makrygianni et al., 2018) têm indicado a eficácia de programas de intervenção abrangentes, em especial as Intervenções Comportamentais Intensivas e Precoces (EIBI)¹ fundamentadas na Análise do Comportamento Aplicada (ABA)². Vários destes programas de intervenção surgiram em universidades (Handleman & Harris, 1994) e deram origem a modelos que ficaram bastante conhecidos como o TEACCH na Universidade da Carolina do Norte e o Early Start Denver Model (ESDM) na Universidade da Califórnia – Davis.

O Programa de Intervenção Precoce para Autistas (PIPPA) é um serviço de atendimento a crianças autistas que funciona no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal de

¹ A sigla se refere ao termo em inglês *Early Intensive Behavioral Interventions*.

² A sigla se refere ao termo em inglês *Applied Behavior Analysis*.

Mato Grosso (UFMT) – Campus Cuiabá. O programa foi idealizado com o objetivo geral de integrar ensino, pesquisa e extensão, envolvendo alunos de Psicologia da graduação e da pós-graduação (nível de Mestrado). São objetivos específicos do PIPPA:

1. Capacitar estudantes de graduação para oferecer serviços de ABA em nível de aplicador / técnico comportamental;
2. Capacitar profissionais (estudantes de pós-graduação) para exercerem a função de coordenadoras e supervisoras de serviços de ABA;
3. Oferecer serviços de ABA às crianças autistas e seus familiares;
4. Desenvolver pesquisas científicas acerca de procedimentos analítico-comportamentais usados na aplicação da análise do comportamento e tecnologias a serem criadas e usadas neste contexto;
5. Contribuir com a disseminação de boas práticas de ABA para a comunidade local.

O PIPPA foi elaborado tendo como referências as experiências profissionais do seu supervisor (primeiro autor deste capítulo). Tendo iniciado seu contato com o atendimento a pessoas com necessidades especiais em 2005, ainda na graduação em Psicologia, o supervisor fez visitas técnicas a centros de atendimento a pessoas autistas no Canadá e Estados Unidos, prestou serviço direto a crianças autistas sob supervisão de analistas do comportamento certificados, no Brasil e no exterior. Atualmente, o supervisor é analista do comportamento certificado como BCBA-D (*Board Certified Behavior Analyst – Doctoral Level*) e QBA (*Qualified Behavior Analyst*) e leciona na graduação e pós-graduação na UFMT.

O PIPPA iniciou seus atendimentos em 20 de junho de 2022, mas sua estruturação foi iniciada alguns meses antes. A preparação inicial visou garantir que o programa tivesse espaço suficiente e adequado, materiais permanentes – brinquedos, computadores, impressoras e móveis infantis – e materiais de consumo – papel, caneta, lápis de cor, toner de impressora, contadores de respostas e cronômetros. Esses e outros materiais foram obtidos por meio de

recursos da própria UFMT, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMT (PPGPSI), de doações de alunos, pessoas da comunidade, amigos, brinquedoteca do Instituto de Educação da UFMT e clínicas privadas de Cuiabá, além de materiais que o SPA já dispunha.

Local

Os atendimentos do PIPPA acontecem no prédio do SPA, localizado na UFMT – Campus Cuiabá. O programa utiliza duas salas para os atendimentos, uma com aproximadamente 15 m² e outra com 20 m². Uma destas salas conta com um lavabo de uso exclusivo das crianças atendidas. Estas salas são equipadas com ar condicionado, câmeras, microfone e dispõem de mesas e cadeiras infantis, além de armários e estantes para armazenamento de recursos terapêuticos e brinquedos diversos. Uma das salas contém também um túnel infantil.

Entre as salas de atendimento está localizada uma terceira sala de uso exclusivo do PIPPA. Nas paredes laterais desta sala há espelhos unidirecionais que permitem visualizar as salas de atendimento adjacentes. Além de permitir que as coordenadoras e o supervisor acompanhem os atendimentos, esta sala está equipada com computadores para lançamentos de dados de atendimento, impressora, monitor e fones de ouvido para acompanhamento das imagens e áudio provenientes das salas de atendimento e materiais de escritório diversos. Um dos balcões existentes nesta sala é usado como trocador para as crianças que ainda usam fraldas. Esta sala também é usada para orientações e encontros com a equipe antes e após os atendimentos.

Público-alvo

O programa atende crianças entre 2 e 6 anos, com diagnóstico de TEA confirmado ou em investigação. A idade máxima para ingressar no PIPPA é 5 anos de idade. O programa não atende crianças que

apresentem comportamentos desafiadores severos, como autolesivos e heterolesivos que coloquem em risco o próprio indivíduo ou a equipe, por não dispor de espaço e equipe adequadamente preparados para atender esse público. Crianças oriundas de famílias de baixa renda que residam na região metropolitana de Cuiabá têm prioridade no preenchimento das vagas.

Equipe

A equipe do PIPPA é composta por estagiários do último ano da graduação em Psicologia e por extensionistas que estejam entre o 5º e o 7º semestre do curso. A quantidade varia conforme o semestre. Estes alunos assumem a função de terapeutas principais e auxiliares durante os atendimentos. A equipe conta também com duas alunas do PPGPSI da UFMT na função de coordenadoras de caso e de plantonista responsável. Como coordenadoras de caso elas sistematizam as avaliações, elaboram os relatórios, selecionam alvos de ensino e orientam os terapeutas quanto aos procedimentos. Como plantonistas responsáveis, elas se alternam para estarem presentes durante os turnos de atendimento do PIPPA. Outro aluno do PPGPSI, com formação em Fonoaudiologia, realiza avaliações fonoaudiológicas e propõe intervenções para crianças com necessidades nesta área (ver descrição dessas atividades mais adiante). Participam também um docente como supervisor geral do programa e outro docente como coordenador da avaliação neuropsicológica.

Fontes de recursos

Desde o início do programa foram utilizadas cinco fontes diferentes de recursos: edital interno de apoio à pesquisa, recursos do PPGPSI, almoxarifado da UFMT, doações (como já mencionado anteriormente) e arrecadação com inscrições no I Seminário do PIPPA. Em 2021 a UFMT lançou um edital de apoio à pesquisa e o supervisor do PIPPA teve um projeto contemplado que contribuiu

para a aquisição de materiais. Em 2022, o PPGPSI, com recursos das inscrições no processo seletivo de 2021, adquiriu o sistema de câmeras e microfones que foi instalado nas salas usadas pelo PIPPA. O almoxarifado da UFMT é constantemente requisitado para fornecer materiais de escritório e luvas de látex. Em dezembro de 2022 foi realizado o I Seminário do PIPPA, evento presencial que contou com a participação do Prof. Dr. Adriano Barboza da University of Nebraska Medical Center - Munroe-Meyer Institute. As passagens do palestrante foram pagas com recursos do PPGPSI e o valor arrecadado com as inscrições no evento foram suficientes para arcar com o restante dos custos e fazer uma pequena reserva para compra de materiais de uso cotidiano do PIPPA.

Funcionamento

Os atendimentos do PIPPA acontecem de segunda a sexta-feira, exceto em feriados, no período vespertino, das 14:15h às 17:15h. Os atendimentos têm a duração de 3 horas e as mesmas crianças são atendidas todos os dias da semana, ou seja, cada criança atendida no PIPPA recebe ao todo 15h de atendimento semanal. Em razão da limitação de espaço, o programa atualmente só atende quatro crianças. Os atendimentos ocorrem em ambiente compartilhado, logo as crianças transitam entre as duas salas e podem fazer atividades em qualquer delas.

Os estagiários são orientados a chegar com antecedência mínima de 15 minutos em relação ao horário de início dos atendimentos. Neste tempo eles imprimem a folha de registro de sessão, organizam os materiais e os espaços que utilizarão durante a sessão.

As três horas de atendimento são subdivididas em duas sessões de 1 hora e 20 minutos, separadas por um intervalo de 20 minutos para o lanche das crianças e descanso dos estagiários. Um sino marca o início do horário do lanche, momento no qual as quatro crianças se reúnem em uma mesa, são auxiliadas (quando necessário) a consumirem os alimentos que trouxeram de casa e são

incentivadas a compartilhar seus lanches com os demais. Como essa é uma atividade que requer menos interferência dos estagiários, a equipe se reveza para que todos tenham 10 minutos de intervalo para descanso.

A primeira e a segunda sessões do dia são conduzidas por terapeutas principais diferentes, sempre que possível. Esta medida foi adotada a pedido dos próprios estagiários. Segundo eles, atender crianças com características e necessidade diferentes ao longo de uma tarde tornar a atividade menos cansativa. Esta medida foi implementada inicialmente em caráter experimental, por um semestre, e posteriormente mantida uma vez que não foram verificados prejuízos para o desenvolvimento das crianças e seus efeitos foram avaliados como positivos pela equipe.

A sessão de cada criança geralmente é conduzida por um terapeuta principal e acompanhadas por um terapeuta auxiliar. Quando a equipe está incompleta, os terapeutas principais atendem sem auxiliares. Nos atendimentos, os terapeutas implementam os programas de ensinamentos de habilidades em contextos estruturados por tentativas discretas (mais conhecido como DTT – *Discrete Trial Teaching*) e em oportunidades de ensino naturalístico (também chamado de NET – *Natural Environment Teaching*). Outro procedimento comumente utilizado é o encadeamento de respostas, útil em programas como escovar os dentes e seguir rotinas com sequências de comportamentos. Cada programa a ser implementado é elaborado pelas coordenadoras, com acompanhamento do supervisor e contém uma descrição detalhada do objetivo, do comportamento-alvo e dos procedimentos a serem empregados. Cada programa de ensino está disponível de duas formas: a) na pasta virtual da criança, à qual os terapeutas têm acesso com suas senhas individuais, e b) impresso na pasta física da criança.

Ao final da segunda sessão do dia o terapeuta principal é responsável por dar uma devolutiva aos pais ou responsáveis pela criança. Em uma conversa que dura de 5 a 10 minutos, o terapeuta descreve brevemente como foram as sessões com informações

como: habilidades ensinadas, ocorrência de comportamentos desafiadores, alimentação, uso do banheiro e qualquer outro comportamento novo ou incomum que tenha ocorrido durante os atendimentos.

Toda a comunicação entre os membros da equipe é feita por meio do Slack, um aplicativo seguro para troca de informações no qual cada usuário tem sua senha individual. A cada semestre os acessos são reconfigurados com a entrada e saída de estagiários.

Notas e registros de atendimento

Cada atendimento realizado no PIPPA gera três tipos de registros: a) sobre o comparecimento do cliente, b) sobre o seu desempenho nas atividades realizadas e c) um relato breve em prontuário eletrônico.

O primeiro registro é o mais simples. Os terapeutas pedem que o/a responsável que trouxe a criança assine em uma tabela impressa que contém as demais assinaturas dos atendimentos anteriores. Cada célula contendo uma assinatura é pintada de amarelo se a criança chegou atrasada e de vermelho se estiver sem assinatura, sinalizando que houve uma falta. Essa medida foi adotada com o objetivo de facilitar a visualização das presenças, dos atrasos e das faltas por parte das famílias.

O segundo registro é feito na folha de coleta de dados e depois repassado para planilhas em *excel*. A folha de registro de cada criança é diferente e contém: os programas que devem ser implementados ao longo de uma sessão, ocorrência de comportamentos desafiadores, uso do banheiro, mandos e tatos espontâneos. Finalizados os atendimentos do dia, o terapeuta principal transfere essas informações para planilhas de *excel* correspondentes a cada programa de ensino. Essas tabelas já estão configuradas pelas coordenadoras ou pelo supervisor para gerar gráficos automaticamente. As planilhas ajudam a fazer o acompanhamento do desempenho do cliente, na identificação do alcance de critérios de domínio e na revisão dos programas.

O terceiro registro é necessário por exigência do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2009) por se tratar de uma prestação de serviço psicológico. Um relato breve das sessões é registrado em prontuário eletrônico no GestorPsi (Prado, 2006), sistema de gerenciamento utilizado pelo SPA. O terapeuta deve informar qual foi o objetivo da sessão; se foi uma avaliação, supervisão interna ou ensino de habilidades; deve descrever os programas implementados; como foi o momento do lanche, se a criança se alimentou, recusou ou compartilhou com outro colega; e se a criança foi ao banheiro. Também são registrados os reforçadores utilizados na sessão e, caso tenham ocorrido comportamentos desafiadores, o terapeuta descreve a sua topografia e insere outras observações sobre a sessão.

Processo de recrutamento e admissão de clientes

O primeiro recrutamento, ainda em 2022, foi feito por meio de duas associações com sede na região metropolitana de Cuiabá a Associação de Amigos do Autista de Cuiabá (AMA CUIABÁ) e a Associação dos Amigos dos Autistas Neurodiversos e Pessoas com Doenças Raras (AMAND MT). As presidentes das duas associações foram consultadas sobre a existência de famílias cujas crianças cumpriam os requisitos para participar PIPPA entre seus membros. As primeiras vagas foram preenchidas desta forma, mas as próximas seleções deverão ocorrer entre as famílias que contataram o SPA em busca de atendimento no PIPPA, uma vez que agora o programa ficou conhecido na região.

O processo de seleção tem início com uma entrevista semi-estruturada realizada pelos próprios estagiários. A partir das respostas o supervisor e as coordenadoras analisam se a criança atende ao perfil do PIPPA, se a família tem disponibilidade para levá-la todos os dias da semana e qual a condição de renda familiar. Famílias com menor renda têm prioridade. Em seguida as famílias são comunicadas sobre o preenchimento das vagas.

Avaliação aos clientes

Avaliação inicial e reavaliação de habilidades e barreiras

Ao admitir a criança no programa, a família é solicitada a autorizar o processo de avaliação. O PIPPA tem realizado três tipos de avaliações. A primeira é uma avaliação de habilidades e barreiras. A avaliação inicial de habilidades e barreiras consiste em entrevista com os familiares, observação direta do comportamento e teste direto em sessões no PIPPA. O VB-MAPP³ (Sundberg, 2008), instrumento que avalia os marcos do comportamento verbal e habilidades relacionadas, tem sido utilizado como principal ferramenta nesta avaliação, mas outras habilidades que não constam no instrumento também podem ser avaliadas. O objetivo principal dessa primeira avaliação é conhecer as habilidades de comunicação, habilidades pré-acadêmicas atuais e possíveis barreiras ao seu desenvolvimento a fim de propor objetivos de ensino.

Uma reavaliação é realizada periodicamente, geralmente uma ou duas por ano, a depender do processo de aprendizagem e das metas que são alcançadas de acordo com o Plano de Ensino Individualizado (PEI) de cada criança. O processo de reavaliação é semelhante ao da avaliação inicial, a fim de comparar os resultados. Quando não é possível fazer a reavaliação, é feito um relatório de progresso com base nos alcances das metas. Todos os relatórios são entregues às famílias em reuniões com a presença da coordenadora e do supervisor.

³ Sigla em inglês para *Verbal Behavior - Milestones Assessment and Placement Program*, traduzido para o português por (Martone, 2017)

Avaliação neuropsicológica independente

A segunda avaliação pela qual as crianças atendidas no PIPPA passam é uma Avaliação Neuropsicológica (AN). A AN é um processo especializado que visa avaliar comportamentos e suas relações com o sistema nervoso central. O objetivo principal da AN pode ser identificar padrões de funcionamento cerebral, detectar eventuais disfunções neurológicas, diagnosticar condições neuropsiquiátricas, oferecer recomendações para intervenções específicas e servir de parâmetro independente da eficácia de intervenções ao longo do tempo. A AN utiliza uma variedade de testes padronizados e métodos clínicos para examinar habilidades como memória, atenção, linguagem, funções executivas, habilidades motoras, etc. As definições teóricas desses construtos e, conseqüentemente, as bases teóricas dos seus respectivos instrumentais avaliativos, em sua maioria, referem-se ao movimento da Psicologia Cognitiva e da Neuropsicologia Cognitiva, que são compostas, por sua vez, de uma diversidade de teorias (Lezak, 2004).

Além de ser muito utilizada para levantar informações essenciais para o diagnóstico precoce e para o entendimento individualizado das necessidades de cada pessoa autista, a AN pode também auxiliar no acompanhamento da intervenção em ABA, ao fornecer uma base psicométrica para o desenvolvimento e ajuste de estratégias terapêuticas. Ao avaliar os desempenhos comportamentais de uma pessoa, a AN pode identificar áreas de força e de desafio, proporcionando insights valiosos em programas de intervenção baseados em ABA. Além disso, a AN pode auxiliar no acompanhamento das intervenções ao descrever as características de comportamento e suas mudanças ao longo do tempo, fornecendo dados objetivos sobre a eficácia das intervenções (Fernell et al., 2013). Desse modo, a AN realizada no PIPPA tem como objetivos avaliar o impacto da intervenção sobre desenvolvimento de cada criança ao longo do tratamento e, de modo mais amplo, avaliar a eficiência do programa.

As crianças atendidas no PIPPA passam por AN individualizada com a administração de cinco instrumentos: *Autism Behavior Checklist* (ABC), *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI), Escalas de Comportamento Adaptativo Vineland (Vineland-3) e Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver-II. Para os instrumentos com normas brasileiras ou internacionais são aferidas as classificações de desempenho, como “inferior, média, média-superior”. O tempo para administração de todos esses instrumentos é, em média, de quatro sessões de 50 minutos. O intervalo adotado é de seis meses para reaplicação da bateria, com autorização prévia dos pais. Em razão do número de crianças atendidas até o presente momento (N = 4), a análise estatística prevista será somente descritiva. Porém, ressalta-se que essa análise ainda não foi realizada, pois até a escrita desse capítulo havia sido realizada a terceira coleta de dados, ou seja, após um ano e meio de intervenção. A previsão é de que a partir da próxima coleta seja possível a análise e os resultados sejam publicados. Desse modo, se tratará de uma pesquisa longitudinal e descritiva.

O intervalo entre as aplicações dos instrumentos é de extrema importância em razão dos efeitos de aprendizagem que as tarefas podem gerar e por se tornarem mais fáceis de resolver para as crianças ou mesmo em razão das escalas se tornarem estressoras aos pais/responsáveis que serão respondentes, em razão da quantidade de itens (Scharfen et al., 2018). Além disso, é necessário certo tempo de intervenção para que os comportamentos novos sejam aprendidos. A seguir, será apresentada uma breve descrição dos instrumentos.

A escala ABC consiste em uma lista que engloba 57 comportamentos atípicos. No contexto brasileiro, essa lista foi traduzida, adaptada e pré-validada, recebendo o nome de Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA) (Marteleto & Pedromônico, 2005). O objetivo principal do ABC/ICA é facilitar o diagnóstico diferencial de crianças suspeitas de TEA. A pontuação

de cada item varia de 1 a 4, sendo determinada estatisticamente de acordo com o grau de associação ao comportamento patológico. A pontuação de corte em estudo brasileiro foi de 49 (Marteleto & Pedromônico, 2005).

O M-CHAT é composto por 23 itens, com opções de resposta "sim" ou "não" e identifica comportamentos considerados sinais precoces para o TEA. A criança é classificada como "em risco para o TEA" se pontuar (falhar) em dois dos seis itens críticos ou em três dos 23 itens totais, conforme estabelecido por Robins et al. (2001) e endossados por pesquisa nacional (Alves et al., 2022).

O IDADI é um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil construído com base no relato dos pais. Os itens do inventário são destinados a crianças com idades entre 0 e 6 anos, sendo necessário assinalar sobre a presença de comportamentos com "sim", "às vezes" ou "ainda não". Abrange cinco domínios distintos: cognitivo, comunicação e linguagem (receptiva e expressiva), motricidade (ampla e fina), socioemocional e comportamento adaptativo. Após terem as respostas convertidas em valores numéricos, eles são somado para cada dimensão, proporcionando uma medida compreensiva do desenvolvimento infantil e com normas brasileiras para conversão em pontos padronizados (Silva et al., 2020).

A Vineland-3 (Sparrow et al., 2019) é uma entrevista direcionada a avaliar a Capacidade Adaptativa (CA) em indivíduos com idades que variam de zero a 90 anos ou mais. Além de analisar a CA em três domínios (conceitual, social e prático), essa ferramenta também fornece informações sobre habilidades motoras e comportamento desadaptativo geral. O tempo de administração varia conforme a forma utilizada, sendo disponíveis protocolos de entrevista abrangente (com duração de 40 a 50 minutos) e de curta aplicação (com duração de 8 a 10 minutos). O instrumento conta com versões específicas destinadas a pais e professores, sendo que a primeira tem sido utilizada no PIPPA. Uma tradução para o português foi disponibilizada, permitindo sua utilização no Brasil. Contudo, é relevante notar que a

publicação dessa tradução não envolveu estudos com amostra brasileira, implicando que, ao interpretar os resultados, deve-se considerar que estão sendo utilizadas tabelas normativas norte-americanas.

O Denver II (Frankenburg et al., 1992) é um teste normativo destinado à avaliação das habilidades de crianças de 0 a 6 anos em realizar atividades esperadas para suas respectivas idades. O teste abrange 125 itens distribuídos em quatro áreas de desenvolvimento infantil: pessoal-social (25 itens), motor fino-adaptativo (29 itens), motor grosso (32 itens) e linguagem (39 itens). Os itens são dispostos em ordem crescente de dificuldade no formulário de aplicação e podem ser administrados diretamente com a criança ou, em alguns casos, respondidos pelos responsáveis.

Avaliação fonoaudiológica

O desenvolvimento da linguagem depende de combinações harmônicas entre o aparato neurobiológico e meio social da criança desde o nascimento. Trata-se de uma interação entre o que a criança traz em termos biológicos e a qualidade da estimulação ambiental que faz com que seu desenvolvimento de linguagem aconteça em tempo e forma adequadas.

No PIPPA, as crianças com problemas de produção fonatória, identificadas pela equipe, passam por testes fonoaudiólogos simplificados, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento do componente fonético-fonológico e possíveis alterações referentes à produção dos sons. O processo de aquisição fonológica ocorre de maneira não-linear, podendo ocorrer momentos de regressão, seguidos pela retomada da aquisição de um segmento (Keske-Soares et al., 2008). A avaliação fonética-fonológica realizada no PIPPA tem o objetivo de identificar as alterações relacionadas a trocas, omissões, distorções e substituições durante a fala. É prevista a aquisição de toda essa organização do componente fonético-fonológico até aproximadamente 5 anos de idade, por isso,

é importante investigar todo e qualquer atraso de fala e/ou linguagem.

Durante duas sessões com cada criança foi aplicado um instrumento de avaliação contendo palavras do álbum fonoarticulatório⁴ com todos os fonemas esperados para o desenvolvimento fonológico da língua portuguesa, com posição inicial, medial e final. Uma vez identificadas alterações de emissão como trocas, omissões e substituições, um quadro com o Perfil Fonológico é preenchimento. Este perfil resume os processos fonológicos da criança e as alterações apresentadas.

A equipe é orientada pelo fonoaudiólogo quanto à escolha dos fonemas-alvo para o treino mais assertivo para cada criança nos programas de ecóico, tato (com estímulos em 2D ou 3D), e algumas estratégias fonoarticulatórias como pistas visuais através de uma articulação mais exagerada e lentificada, a fim de que as crianças possam observar melhor e realizar a emissão correta. É importante ressaltar que uma avaliação fonoaudiológica mais abrangente acerca dos componentes da linguagem, e específica quanto aos aspectos motores da fala, é importante para uma intervenção efetiva e adequação de alterações relacionadas a forma, conteúdo e uso.

Crianças com suspeitas de alterações de atraso motor de fala ou apraxia de fala infantil são encaminhadas para avaliação fonoaudiológica abrangente em outros locais, uma vez que o PIPPA não dispõe deste serviço. A devolutiva desta avaliação é apresentada aos pais da criança juntamente com orientações quanto aos encaminhamentos necessários, avaliações e tratamento de acordo com a necessidade.

Avaliação do PIPPA

Além de avaliar as habilidades das crianças atendidas, o programa também passa por avaliações periódicas. Estas

⁴ Elaborado pelo próprio avaliador.

avaliações ocorrem em 3 dimensões diferentes, cada uma delas será apresentada a seguir.

Validade social

A avaliação da validade social do programa visa medir a sua capacidade de atender a comunidade de forma significativa e benéfica, na visão da própria comunidade. Wolf (1978) destaca três níveis em que um trabalho pode ser validado pela sociedade: a significância social dos seus objetivos, o quanto os procedimentos utilizados são considerados apropriados e a importância dos efeitos produzidos.

As famílias atendidas no PIPPA avaliam semestralmente o trabalho realizado em dois dos três níveis apontados por Wolf (1978), se os procedimentos são apropriados e quanto à importância dos efeitos do programa. São feitas perguntas como: “qual a sua opinião quanto às informações dos atendimentos repassadas pelos estagiários ao final das sessões?”, “qual a sua opinião quanto às informações dos atendimentos repassadas pelo supervisor ou coordenadora?”. As opções de respostas são dispostas em uma escala likert de 4 pontos que vai de Insatisfeita a Muito satisfeita. Sobre os efeitos do programa são feitas perguntas como: “você acha que seu (sua) filho (a) está se beneficiando com os atendimentos realizados no PIPPA?”, “você acha que seu (sua) filho (a) está aprendendo coisas novas com mais facilidade em casa?” e “Você acha que seu (sua) filho (a) está aprendendo coisas novas com mais facilidade na escola?”. Neste caso as opções de respostas são Não percebo mudanças, Percebo mudanças ou Percebo muitas mudanças. Ao final, as famílias têm um campo no qual podem incluir comentários descritivos, elogios e críticas. As respostas ao instrumento são tabuladas, apresentadas a todos os membros da equipe e são discutidas estratégias para melhorar o serviço, quando necessário.

Avaliação de desempenho da equipe

A equipe de estagiários passa por avaliações formais de desempenho periódicas a fim de medir a integridade dos procedimentos de intervenção. A avaliação é conduzida em conjunto pelo supervisor e pelas coordenadoras por meio de observação direta de sessões de intervenção e tem duração de uma hora. As áreas avaliadas são: a) ensino por DTT, b) ensino naturalístico, c) organização, e d) gestão do comportamento. A ficha de avaliação é enviada aos estagiários no início de cada semestre para que eles estejam cientes das áreas em que serão avaliados.

Antes de iniciar a avaliação o terapeuta é consultado. Caso ele prefira, pode solicitar o adiamento da avaliação para uma data futura até duas vezes. As avaliações são abertas, ou seja, os estagiários são informados sobre o início e o fim do período de observação (Reid et al., 2012). Após a observação, o terapeuta recebe o feedback sobre a sua sessão do supervisor e da coordenadora. Nesta reunião são fornecidos tanto feedbacks positivos quanto corretivos acerca dos itens avaliados. Os estagiários podem ser avaliados uma ou duas vezes por semestre letivo a depender do semestre em que se encontram.

Avaliação do trabalho das coordenadoras e do supervisor

Semestralmente as coordenadoras e o supervisor também são avaliados, quem os avalia são os estagiários e extensionistas. Essa avaliação visa avaliar a satisfação da equipe quanto aos modelos fornecidos pelo supervisor e coordenadoras, disponibilidade em dirimir dúvidas, fornecimento de feedbacks e suporte operacional, comunicação, vínculo e condições de trabalho. As respostas são coletadas por meio de um formulário eletrônico e os resultados são discutidos nas reuniões de coordenadoras. O objetivo é aprimorar o desempenho da equipe como um todo, considerando que o

PIPPA preparar profissionais em diferentes níveis de atuação (e.g., aplicadoras, coordenadoras e supervisoras).

Conclusão

Com apenas um ano e meio de existência o PIPPA está se tornado, pouco a pouco, uma referência em oferta de serviço e formação de profissionais. Os processos clínicos estão organizados de modo a garantir a qualidade na oferta de serviços à comunidade da qual faz parte (caráter extensionista), tem contribuído para a formação de pessoal qualificado para ingresso imediato no mercado de trabalho (caráter de ensino), os egressos têm relatado que ter estagiado no PIPPA é considerado um diferencial para a contratação pelas clínicas privadas da região e, por fim, permitir um campo para a pesquisa em ABA.

Apesar de o programa já ter avançado em termos de complexidade e processos tanto em tão pouco tempo, é preciso reconhecer dificuldades e limitações. Por estar em uma universidade pública, a disponibilidade de recursos é extremamente limitada, requerendo diversas fontes(e uma boa dose de criatividade) para manter o serviço em funcionamento. Além disso, a manutenção do prédio e dos equipamentos é lenta e, às vezes, inexistente. O programa já passou por falta de água, de energia elétrica, banheiro inoperante, falta de equipe de limpeza, entre outras coisas. Por se tratar de um programa baseado na atividade de estagiários, o número de alunos é flutuante, o que dificulta a organização dos turnos de trabalho e aumenta a insegurança quanto à disponibilidade de equipe para manter o serviço funcionando.

A principal limitação do PIPPA é quanto ao número de crianças atendidas. A expansão do serviço tem dois entraves: espaço e equipe. O prédio onde o programa funciona é a clínica escola do curso de Psicologia, portanto outros serviços também são oferecidos ali, impedindo a ampliação do número de salas a serem ocupadas pelo PIPPA. Uma solução seria fazer atendimentos no

período matutino. Entretanto, seria preciso ter mais estudantes para atuarem como terapeutas e, principalmente, mais um supervisor e coordenadoras dar conta de outro turno de trabalho.

O PIPPA é um projeto em construção e está apenas começando. Há muito o que aprender e melhorar. Esperamos que ele possa crescer sem perder de vista o compromisso com a oferta de serviços e formação de qualidade para a sociedade.

Referências

Alves, M. R., Maia, F. A., Almeida, M. T. C., Saeger, V. S. de A., Silva, V. B. da, Bandeira, L. V. S., Cezar, I. A. M., Oliveira, S. L. N., Costa, A. de A., Oliveira, A. A. de, & Silveira, M. F. (2022). Estudo de Propriedades Psicométricas do M-Chat no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e238467.

Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Resolução CFP Nº 001/2009*. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

Fernell, E., Eriksson, M. A., & Gillberg, C. (2013). Early diagnosis of autism and impact on prognosis: A narrative review. *Clinical Epidemiology*, 5, 33–43.

Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Shapiro, H., & Bresnick, B. (1992). The Denver II: A Major Revision and Restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, 89(1), 91–97.

Handleman, J. S., & Harris, S. L. (Orgs.). (1994). *Preschool education programs for children with autism*. Pro-ed. Recuperado de <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a48ab4056fc8afad0b5ee59c4d44bc4e02351775>

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic

and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26(4), 359–383.

Howard, J. S., Stanislaw, H., Green, G., Sparkman, C. R., & Cohen, H. G. (2014). Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3326–3344.

Keske-Soares, M., Pagliarin, K. C., Ghisleni, M. R. L., & Lamprecht, R. R. (2008). Aquisição não-linear durante o processo terapêutico. *Letras de Hoje*, 43(3).

Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3.

Makrygianni, M. K., Gena, A., Katoudi, S., & Galanis, P. (2018). The effectiveness of applied behavior analytic interventions for children with Autism Spectrum Disorder: A meta-analytic study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 51, 18–31.

Marteleto, M. R. F., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): Preliminary study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, 295–301.

Martone, M. C. C. (2017). *Tradução e adaptação do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) para a língua portuguesa e a efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos - SP.

Matson, J. L., & Neal, D. (2009). History and overview. Em *Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders* (p. 1–13). Springer.

Prado, O. Z. (2006). *GestorPsi—Sistema de Gestão de Serviços de Psicologia*. 1, 41–41.

Reid, D. H., Parsons, M. B., & Green, C. W. (2012). *The Supervisor's Guidebook: Evidence-Based Strategies for Promoting Work Quality and Enjoyment Among Human Service Staff* (Vol. 4). Habilitative Management Consultants, Inc.

Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131–144.

Scharfen, J., Peters, J. M., & Holling, H. (2018). Retest effects in cognitive ability tests: A meta-analysis. *Intelligence*, 67, 44–66.

Silva, M. A., de Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil*. Vetor.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2019). *Vineland-3 Escalas de Comportamento Adaptativo Vineland–Manual*. Pearson Clinical Brasil.

Wolf, M. M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or How applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(2), 203–214.

CAPÍTULO 10

ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO BASEADO EM ABA: UM RELATO DO PROJETO DE EXTENSÃO InterTEA

Vinicius Santos Ferreira
Monique Luzia de Souza
Lucas Delfino AraújoStefany Moreira Silva
Marcela Gon Perez Scapin
Amanda Barbosa de Amorim
Ana Luiza Bossolani Martins

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2022), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por um conjunto de sintomas agrupados em duas categorias: (1) Déficits persistentes em comunicação e interação social observados em diferentes contextos, incluindo dificuldades em reciprocidade sócio-emocional, em comportamentos comunicativos não verbais e no estabelecimento, manutenção e compreensão de relacionamentos; (2) Padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, como movimentos motores repetitivos e estereotipados, interesses restritos e fixos, alteração na reatividade sensorial a estímulos ou interesses em aspectos sensoriais do ambiente e insistência em rotina inflexível ou padrões ritualizados de comportamento, independentemente de cultura, raça, etnia ou grupo socioeconômico (Khan et al., 2012). Para o diagnóstico, esses sintomas devem estar presentes desde o início da infância e devem causar prejuízos em ao menos um aspecto da vida do indivíduo, como no funcionamento social ou laboral. Por fim, o diagnóstico não pode ser melhor explicado por outros transtornos psicológicos.

A prevalência do TEA tem crescido muito nas últimas décadas, atualmente acomete cerca de 1% da população mundial, com maior frequência em homens em uma proporção de três para um em relação às mulheres (Zeidan et al., 2022). Diversos motivos têm sido sugeridos para explicar o aumento da prevalência: (a) amplificação dos critérios de diagnóstico; (b) substituição de diagnóstico; e (c) aumento do conhecimento do transtorno levando a maior facilidade no diagnóstico (Meira et al., 2023).

Tratar esse transtorno complexo envolve uma equipe multidisciplinar com psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. Entre as intervenções psicológicas, têm se destacado aquelas baseadas na Análise do Comportamento Aplicada (ABA, sigla derivada do inglês - *Applied Behavior Analysis*), que é um braço de uma ciência psicológica, a Análise do Comportamento, aplicada a problemas socialmente relevantes (Baer et al., 1968), dentre eles o TEA. As intervenções para o TEA orientadas pela ABA tiveram origem com os trabalhos de Lovaas (1987) e tem se mostrado eficazes e efetivas, em especial quando realizadas de forma precoce e intensiva. Inclusive acumulou evidências suficientes para ser considerada uma Prática Baseada em Evidência, padrão ouro para o tratamento de TEA (Slocum et al., 2014).

As intervenções baseadas em ABA para TEA são onerosas para o sistema de saúde, uma vez que envolvem uma parcela grande da população, múltiplos profissionais especializados, além das intervenções serem intensivas e prolongadas. Com a crescente prevalência do TEA os serviços de saúde precisam se adequar para ofertar um atendimento adequado à população, criando mecanismos de formação e prestação de serviço. Segundo Ramos (2017), no cenário estadunidense, onde surge a ABA, o sistema de saúde é dividido em programas distintos de: público, privado e misto. O governo norte americano garante acesso limitado a pessoas carentes para situações de emergência, entretanto, o sistema privado é o que predomina (Ramos, 2017), ainda mais

quando se pensa em assistência continuada, como no caso de pessoas com TEA.

No Brasil, o atendimento a essa população é feito nas frentes: privada, pública e organizações sem fins lucrativos. Na rede privada, assim como nos EUA, o atendimento é feito em geral por psicólogos e clínicas especializadas no tratamento de TEA baseado em ABA. A remuneração desses profissionais e/ou instituições é realizada de forma particular ou é coberta, indiretamente, por planos de saúde. Os serviços sem fins lucrativos incluem a rede pública com mecanismos de saúde pública, como o CAPS, e ONGs, como a AMA e a APAE (Portolese et al., 2017).

Alguns programas de atendimento à TEA em uma perspectiva da ABA também têm sido estabelecidos em instituições de ensino superior, com a finalidade de ensino, extensão e pesquisa. A Clínica Escola Mundo Autista, de Araguaína-TO, intitulado Projeto de Extensão de Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil, oferece atendimento multidisciplinar para indivíduos de 2 a 21 anos, chegando a atender cerca de 371 pessoas desde sua criação em 2021 (Araújo et al., 2023). Na Universidade de São Paulo, o Centro para Autismo e Inclusão Social (CAIS-USP) atende crianças diagnosticadas com TEA e seus familiares, por meio de um programa de extensão da universidade, composto por professores, acadêmicos de graduação e pós-graduação. O programa surgiu em 2007 e permanece até a atualidade, avaliando as crianças por meio do VB-MAPP (*Verbal Behavior – Milestones Assessment and Placement Program*), seguidos de Programas de Ensino Individualizados para intervenção e o *Behavioral Skill Training* (BST) para treinamento dos pais (Aureliano, 2018). Outro projeto de extensão que atende ao público é o Atendimento e Pesquisa sobre Aprendizagem e Desenvolvimento (APRENDE) da Universidade Federal do Pará, criado em 2012, que oferta atendimento gratuito e formação para os estudantes de graduação (UFPA, 2021).

O InterTEA, Intervenção dirigida ao Transtorno do Espectro Autista, é um desses programas, criado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul no Campus de Paranaíba (UFMS/CPAR), no ano

de 2018, coordenado pela docente Ana Luiza Bossolani Martins, que teve como proposta a intervenção em crianças com diagnóstico de TEA, com idade de 3 a 6 anos, que estivessem matriculadas na rede pública do município. O projeto é composto por discentes de graduação e docentes do curso de Psicologia da universidade. Os acadêmicos passam por formação teórico-prática específica para atuação no projeto de extensão. Inicialmente, o projeto atuava com ênfase na abordagem psicológica Histórico-Cultural, em diferentes ambientes como na casa da família e escola, cerca de duas horas semanais, entretanto, em 2021 houve uma mudança estrutural e o projeto desde então, é orientado pela ciência da Análise do Comportamento Aplicada. O funcionamento do programa também foi impactado por outros desafios, como a modificação da modalidade de atendimento presencial para remoto com duração de uma hora, durante o ano de 2020 em razão da pandemia de COVID-19. No ano de 2023 o projeto foi temporariamente suspenso devido ao afastamento para pós-doutorado da coordenadora do projeto, com previsão de retorno em 2024.

Desde sua criação, o InterTEA avaliou e entrevistou em sete crianças, uma vez que a mesma criança foi acompanhada pelo projeto por até dois anos. Em sua versão atual, orientada pela Análise do Comportamento Aplicada, o programa opta por atendimentos relativamente intensivos, com mais de 10 horas de sessões semanais para os participantes (o número de horas variou a depender do caso) ocorrendo em múltiplos contextos - na casa, na escola e nas salas de atendimento da sessão de psicologia da UFMS/CPAR; adicionalmente ocorre o treinamento de pais e cuidadores por uma equipe ampla de discentes do curso de psicologia vinculados ao projeto de extensão, sob supervisão de docentes da instituição e profissionais qualificados em ABA vinculados ao projeto. O projeto não objetiva sanar diretamente a demanda crescente de crianças diagnosticadas com TEA no município de Paranaíba. Em contraposição, se pressupõe um impacto indireto na demanda da região por meio da formação de profissionais capacitados e pelo estabelecimento de um serviço de

referência, cientificamente embasado, que pode impactar a ampla concorrência e elevar o padrão de qualidade do serviço prestado; o que diminui a margem para atendimentos sem respaldo científico.

Com a finalidade de promover a disseminação de programas de ensino superior para o atendimento da população com TEA baseados na Análise do Comportamento, esse capítulo tem o objetivo de apresentar um relato de experiência do InterTEA, em sua versão orientada pela ABA, realizado nos anos de 2021 e 2022. Para ilustrar o funcionamento do programa, o relato de experiência será dividido em duas sessões: a primeira, que descreve a estrutura e organização do InterTEA; e, a segunda, que conta com o relato parcial de dois casos atendidos no pelo programa, em que são destacadas a título de exemplificação algumas intervenções direcionadas a alguns problemas apresentados pelas crianças.

Descrição do programa

A equipe do InterTEA foi composta por dois professores do curso de Psicologia da UFMS/CPAR, dois psicólogos externos com ampla experiência como supervisores em ABA e notória formação teórico-científica e discentes extensionistas, 17 em 2021 e 22 em 2022, que realizavam a função de acompanhante terapêutico para o atendimento com as crianças e familiares; e também auxiliavam em funções organizacionais e na formação de novos estudantes. Antes de compor a equipe de acompanhantes terapêuticos, os extensionistas participaram de uma formação teórica em ABA orientada para o atendimento de crianças diagnosticadas com TEA.

A formação durou um semestre, com 17 encontros semanais de duração de 2 horas, totalizando 34 horas de formação específica em ABA. Para participar da formação, os estudantes deveriam estar no terceiro ano do curso e ter concluído as três disciplinas basilares de análise do comportamento do curso de psicologia da UFMS/CPAR sobre aspectos epistemológicos e científicos da Análise do Comportamento, com carga horária somada de 187 horas. A primeira formação ocorreu no segundo semestre de 2021,

na modalidade de ensino remoto, e foi ministrado por dois profissionais e uma discente (sob supervisão de um profissional que a auxiliava na preparação das aulas), cada um ministrou um dentre os três módulos: (1) definição, histórico, caracterização e etiologia do TEA; (2) análise do comportamento aplicada; (3) formas de avaliação, com foco no instrumento VB-MAPP, um instrumento utilizado para avaliar repertórios referentes aos marcadores do comportamento verbal, avaliando as defasagens e excessos comportamentais que podem prejudicar a evolução da aprendizagem. Em 2022, instituiu-se uma formação padronizada com aulas gravadas, preparada por 6 meses por um profissional e uma extensionista, para utilização em formações futuras.. A primeira turma desta formação ocorreu no segundo semestre de 2022. Embora os vídeos estivessem gravados, eles eram apresentados presencialmente aos alunos, acompanhada de ao menos um profissional e uma extensionista. Cada aula era composta por cinco ou seis vídeos gravados de aproximadamente 10 minutos cada, que eram intercalados com exercícios, atividades e espaço para dúvidas. Os alunos se preparavam para a aula lendo textos recomendados. Para compor a equipe de acompanhantes terapêuticos os alunos deveriam ter ao menos 75% de presença.

Como o projeto foi interrompido provisoriamente no ano de 2023, as atividades práticas de prestação de serviço da versão do InterTEA orientada pela ABA ocorreram apenas no ano de 2022, composta pela turma que realizou a formação em 2021. Duas crianças participaram do projeto em 2022, uma que já vinha sendo atendida na versão histórico-cultural do InterTEA e uma nova criança. As crianças com diagnóstico concluído de TEA, segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2022), eram encaminhadas para atendimento no projeto via parceira da instituição com a prefeitura local. Assim, em um primeiro momento, os pais/responsáveis juntamente com a criança eram atendidos em uma sessão de entrevista com duração de cerca de duas horas, em que o histórico de gestação, desenvolvimento e aspectos dismórficos eram avaliados e descritos pela geneticista/coordenadora do projeto. Em

seguida, a proposta geral de avaliação e intervenção às famílias do InterTEA eram apresentadas com o intuito de oferecer informações detalhadas sobre as futuras ações planejadas nos ambientes domiciliar, clínico e educacional. Após todas as dúvidas dos familiares serem respondidas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era aplicado de acordo com a Resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016).

Cada criança foi atendida pelos extensionistas na função de acompanhantes terapêuticos seis vezes por semana por aproximadamente duas horas (totalizando uma carga de 12 horas semanais por criança). Os atendimentos ocorreram na clínica escola de psicologia da UFMS, na escola e na casa da criança. Para os atendimentos, os extensionistas foram divididos em duas equipes, de seis participantes cada, uma responsável por cada criança. Cada equipe contava com um supervisor e um líder, também extensionista, responsável por facilitar e mediar a comunicação da equipe com os supervisores. Os acompanhantes terapêuticos realizavam os atendimentos em duplas e cada dupla realizava dois atendimentos semanais com a mesma criança. O trabalho com cada criança foi dividido em duas etapas: a avaliação e a intervenção.

A avaliação do repertório comportamental das crianças, com seus déficits e excessos, ocorreu inicialmente por meio de observação direta não sistemática em ambientes naturais, como suas casas e escolas, seguida pela aplicação do instrumento VB-MAPP. Este instrumento avalia a base das habilidades verbais e sociais e auxilia na definição de metas instrucionais. O VB-MAPP abrange cinco componentes avaliativos: (a) Avaliação de Marcos do Desenvolvimento; (b) Avaliação de Barreiras; (c) Avaliação de Transição; (d) Acompanhamento de Habilidades e (e) Metas para o Plano Educacional Individual (Sundberg, 2008). No InterTEA, foram utilizados os componentes “a”, “b” e “e”. A utilização do VB-MAPP se justifica pelo objetivo do programa de atender crianças de 3 a 6 anos. O instrumento é indicado para crianças de 0 a 48 meses, ou seja, até os quatro anos de idade. Ainda que uma das crianças atendidas pelo projeto tivesse seis anos, o VB-MAPP ainda

foi o foi indicado, devido aos déficits de repertório dos participantes atendidos.

A Avaliação de Marcos do Desenvolvimento pelo VB-MAPP é estruturada em três níveis, que se baseiam nos marcos típicos do desenvolvimento. O nível 1 abrange o período de 0 a 18 meses, o nível 2 engloba os meses de 18 a 30, e o nível 3 abarca o intervalo de 30 a 48 meses. Esse componente específico avalia uma variedade de repertórios, como mandos (pedidos), tatos (nomeações), comportamento auditivo, interações sociais, percepção visual, brincadeira independente, imitação, ecóico (repetição de sons), vocalização espontânea, respostas intraverbais, habilidades em grupo e rotina, alfabetização, escrita e conhecimento matemático (Sundberg, 2008).

A avaliação de barreiras busca encontrar problemas que dificultam o desenvolvimento da criança. Para isso, 24 barreiras são avaliadas em uma escala de 0 (ausência da barreira) a 4 pontos (apresentação de alta intensidade). As barreiras que apresentam pontuação de 3 ou 4 foram focadas antes da conclusão da avaliação dos marcos do desenvolvimento, uma vez que elas atrapalham a própria aplicação do instrumento. Alguns exemplos de barreira são: comportamentos negativos; imitação motora ausente, fraca ou comprometida; dependência de dicas; fracasso para generalizar; defesa sensorial; comportamento hiperativo; entre outros.

Após a identificação dos déficits nos marcos de desenvolvimento e das barreiras foi elaborado um programa de trabalho dirigidos para as necessidades de cada criança, composto por Planos de Ensino Individualizado (PEI) para cada comportamento-objetivo definido pela avaliação inicial. Cada PEI continha: (a) os objetivos comportamentais finais a serem alcançados; (b) a especificação de metas comportamentais sequencialmente estabelecidas para alcançar os objetivos finais de forma gradual e realizável, incluindo metas de estabelecimento do comportamento e de manutenção e generalização; (c) a descrição precisa dos procedimentos de intervenção estabelecidos para se alcançar cada meta; (d) a descrição das formas de ajuda que podem

ser utilizadas pelos acompanhantes terapêuticos para facilitar a aprendizagem, bem como um planejamento do esvanecimento dessas dicas; (e) uma descrição precisa dos estímulos utilizados para o treino, das respostas esperadas e do material utilizado.

O programa desenvolvido para cada criança contava com duas vias de intervenção: (a) o manejo direto dos comportamentos problema via acompanhantes terapêuticos em ambiente natural e na clínica escola de psicologia da UFMS/CPAR; e (b) o treinamento de agentes de mudança com os cuidadores para a aplicação dos mesmos procedimentos trabalhados pelos acompanhantes terapêuticos, que visavam facilitar a generalização e aumentar o número de horas de intervenção. Nesta etapa de intervenção, as duplas de acompanhantes terapêuticos de cada equipe se organizavam para aplicar as intervenções diretamente com as crianças (cinco vezes por semana em duas horas cada vez) em diferentes contextos: casa, escola e clínica-escola. E uma das duplas realizava uma capacitação de duas horas semanais com os cuidadores para o treino da aplicação do mesmo protocolo de intervenção.

A aplicação dos procedimentos de intervenção pelos acompanhantes terapêuticos para o treino de cada meta comportamental por PEI eram feitos em uma ficha de registro para cada tentativa de ensino discreta, em blocos de 10 tentativas, para os seguintes itens: o tempo que durou cada tentativa, se houve acerto ou erro, o tipo de ajuda utilizada e se houve reforço naquela tentativa. A ficha de registro possibilita a visualização rápida do percentual de acertos nos blocos de 10 tentativas, e conseqüentemente se a meta era atingida para passagem para a próxima meta.

As supervisões com toda a equipe ocorriam semanalmente com a duração de duas horas. Neste período, eram tratados assuntos relativos à organização da equipe e a supervisão dos dois casos. O progresso e as dificuldades em cada um dos casos, nas etapas de avaliação e intervenção, eram relatados e discutidos, e eram encaminhadas orientações e prescrições para as equipes de

extensionistas. Um canal aberto e direto de comunicação do líder de cada equipe com os supervisores responsáveis por cada criança foi criado para manejar demandas urgentes que não poderiam aguardar a próxima supervisão.

Estudo de caso 1 (H.)

H. é uma criança do sexo masculino diagnosticado com Transtorno do espectro Autista (TEA) que tinha quatro anos de idade durante os atendimentos realizados pela Equipe 1 do projeto InterTEA. H. estava matriculado no Jardim I da Educação Infantil em uma escola municipal. A família buscou o atendimento psicológico na clínica escola da universidade seguindo orientações médicas após a criança receber o diagnóstico de TEA. No laudo médico havia a prescrição de “terapia ABA” intensiva (cinco vezes por semana e três horas por dia). A intervenção no projeto InterTEA com enfoque na ciência Análise do Comportamento Aplicada (ABA) com H. foi iniciada no primeiro semestre do ano de 2022. Anteriormente, H. era atendido na mesma universidade em um projeto com enfoque em outra abordagem.

Inicialmente, foram realizadas observações da criança em casa e na escola com o objetivo inicial de avaliar a rotina da criança e de seus familiares em diferentes contextos por duas semanas. Em seguida, as observações podiam ter interações com a criança a fim de estabelecer vínculo entre a equipe de terapeutas e a criança, realizar a avaliação comportamental a partir do instrumento VB-MAPP e coletar dados relevantes para compor o Plano de Ensino Individual (PEI).

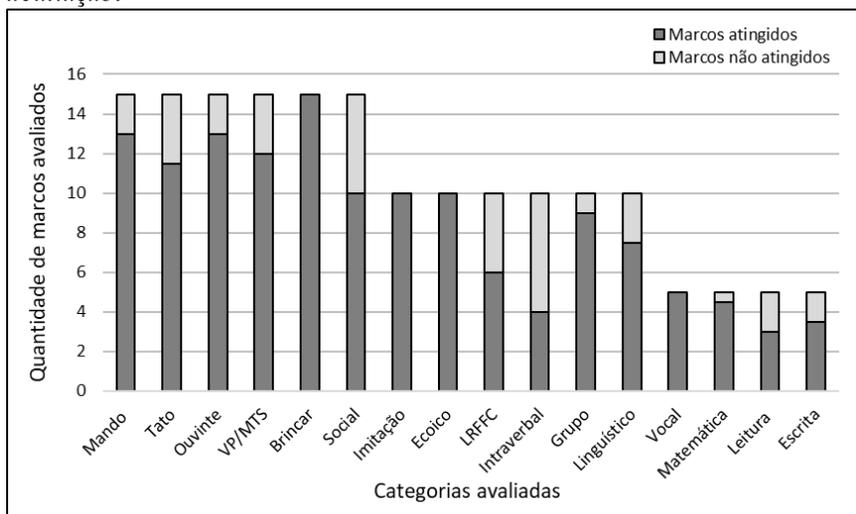
A avaliação com o VB-MAPP ocorreu em ambiente natural (casa e escola) e clínico em diferentes situações (interações com seus familiares, com os terapeutas e com outras crianças). Para coletar dados sobre as habilidades de H. em cada área do desenvolvimento analisou-se situações cotidianas (sem mediação dos terapeutas), bem como situações estruturadas nas quais os terapeutas prepararam materiais e planejaram situações de brincadeiras e

testagens para coletar todas as informações necessárias acerca do seu repertório comportamental.

A avaliação foi iniciada no mês de março e finalizada em junho de 2022. Foi realizada a avaliação dos níveis I, II e III do VB-MAPP. H. obteve 137 pontos de um total de 170 marcos do desenvolvimento avaliados. Na Figura 1 estão descritos os marcos do desenvolvimento atingidos e não atingidos em cada categoria da primeira avaliação. Vale ressaltar que houve variação na quantidade de marcos avaliados por categoria, conforme descrito no instrumento avaliativo. Ademais, ao analisar os dados obtidos, H. apresentou maiores déficits nas habilidades sociais e intraverbais, e atingiu todos os marcos das categorias brincar, imitação, ecóico e vocal.

Figura 1.

Quantidade de marcos atingidos e não atingidos por categoria na 1ª avaliação.



Legenda: VP/MTS (percepção visual/Pareamento com o Modelo). LRFFC (Ouvinte por função, característica e classe).

Em relação às barreiras comportamentais analisadas, H. obteve 21 pontos de um total de 96, sendo identificadas 11 barreiras

de um total de 24. Por meio dessa avaliação foi possível identificar que as barreiras comportamentais em maior evidência de H. eram: emissão de comportamentos negativos, repertório inconsistente de mandos, repertório insuficiente de intraverbais, habilidades sociais comprometidas, dependência de dicas, e fracasso em fazer discriminações condicionais.

As observações na escola ocorreram simultaneamente às observações realizadas em casa e na clínica para coleta de dados e avaliação comportamental, bem como identificação de outras demandas em contexto escolar. H. seguia adequadamente a rotina escolar realizando as atividades propostas pela professora sem necessidade de suporte constante, em diversas situações demonstrou habilidades de ouvinte (seguimento de instruções e identificação de estímulos variados do ambiente), tato (nomeação de pessoas, objetos, características e acontecimentos), imitação dos comportamentos da professora e de seus pares, mandos e independência nas atividades cotidianas. Apresentou maiores déficits em relação aos comportamentos sociais que incluem as habilidades relacionadas à comunicação recíproca (responder e fazer perguntas, conversar sobre um tópico), e brincadeiras sociais e imaginativas. O acompanhamento escolar foi concluído em novembro de 2023, antes do final dos atendimentos, devido a resistência da professora regente com a presença dos acompanhantes terapêuticos em sala de aula, inclusive ela relatou que não acreditava no diagnóstico de TEA da criança, pois ele não apresentava dificuldades em acompanhar a rotina escolar.

Após a avaliação e identificação das demandas foi elaborado o PEI. Na elaboração do PEI priorizou-se a redução das barreiras em: intraverbal; comportamentos interferentes; mando; tato; ouvinte e habilidade de percepção visual e emparelhamento por modelo ou VP-MTS; uma vez que o desenvolvimento destes repertórios possibilita o desenvolvimento de outros repertórios, e a criança apresentava déficits nessas áreas.

No repertório intraverbal, três objetivos foram priorizados, na seguinte ordem: 1- completar frases preenchendo lacunas, 2-

responder perguntas que se iniciam com “o que/qual”, 3-responder perguntas que se iniciam com “quem/onde”. Já no ensino do repertório de mando, objetivou-se que H. realizasse pedidos verbais para: ir ao banheiro (evitando os escapes); em resposta a pergunta “O que você quer?”; e, posteriormente, passasse a fazer pedidos espontâneos, sem que outras pessoas precisassem solicitá-los; e por último que H. pedisse algo que faltasse para realizar uma atividade, por exemplo, caso desse-lhe uma folha sulfite, que ele pedisse um lápis para desenhar.

Na categoria ouvinte foi desenvolvido o programa de ensino para distinção das características, como o maior, o mais comprido e o mais barulhento, na presença de quatro estímulos (exemplo: “H. qual é o animal maior?” na presença da baleia, pássaro, macaco e cachorro). No repertório de tato objetivou-se que primeiro H. pudesse descrever cor, forma e função de diferentes objetos, e, que H. pudesse descrever características entre diferentes objetos (mais comprido e o mais curto, o mais pesado e o mais leve, maior e menor, mais rápido e mais devagar e velho e novo).

No repertório de habilidade de percepção visual e emparelhamento por modelo, foram desenvolvidos dois objetivos, primeiro que H. pudesse emparelhar inicialmente com modelo, 3 itens em um arranjo de 25 figuras de objetos não idênticas, posteriormente o emparelhamento passava a ser de 6 e depois de 10 itens. Segundo que pudesse emparelhar com modelo, figuras (2D) e objetos (3D) em um arranjo de 25 objetos para 3 itens inicialmente, depois 5, 7, 9 e 10 itens.

Por meio da observação em contexto natural também foi possível identificar outras demandas, como o processo de desfralde não concluído e a dificuldade no manejo dos comportamentos interferentes (comportamentos heterolesivos) que H. emitia na presença dos familiares. Estratégias voltadas para o manejo dos comportamentos interferentes foram elaboradas como Reforçamento Diferencial de Comportamentos Alternativos (DRA), que consiste em disponibilizar o reforço que mantém determinado comportamento interferente após a emissão de um comportamento

alternativo considerado adequado socialmente, ou seja, ocorre o ensino de um comportamento alternativo que tem a mesma função do comportamento interferente (Higbee et al., 2018). No caso do H. os comportamentos alternativos ensinados voltaram-se para ampliação da comunicação, como o comportamento de nomear e identificar as emoções; reconhecer a raiva; aprender a dizer quando estiver sentindo raiva; e expressar a raiva com as palavras. Concomitantemente foi ensinado o repertório de tolerância à frustração, para que a criança aprendesse a lidar com as frustrações quando fosse contrariada, entretanto observou-se resultados insuficientes em relação às metas determinadas, devido ao curto período de intervenção e falta de engajamento dos cuidadores ao implementar as estratégias de manejo.

Em relação ao desfralde, observou-se através das fichas para monitoramento de escapes que a criança só defecava fora do banheiro na área externa da casa e na roupa, e que não emitia mandos para usar o banheiro, logo que a família tinha o costume de direcionar que ele fosse ao banheiro em determinados períodos do dia. Com base nisso, foi colocado uma instrução visual com o passo a passo de como usar o banheiro, e orientado aos cuidadores que toda vez que criança fosse usar o banheiro que explicasse através desse recurso visual os passos necessários para realizar o xixi e coco no vaso sanitário. Além disso, foram disponibilizadas histórias infantis sobre quando identificar que está com vontade de fazer xixi/coco e utilizar o banheiro de forma apropriada. A família também foi instruída a perguntar para a criança ao longo do dia se ela queria ir ao banheiro para evitar os escapes e para que ela aprendesse a verbalizar/dizer que quer ir ao banheiro. A retirada do uso da fralda foi realizada de forma gradual, e quando ocorria os escapes de coco, a família foi instruída a levar a criança até o banheiro e limpá-la, sem fazer muitos comentários, conversar ou dar atenção; não emitir comentários punitivos como “que feio!”, “não pode fazer na roupa”, evitando assim, fornecer atenção para um comportamento inapropriado, mas adotar orientações de como se limpar.

No treinamento de pais/familiares, foram realizadas orientações voltadas para o desfralde, manejo de comportamentos interferentes e estimulação de habilidades que estavam em déficit de acordo com a avaliação comportamental realizada. Nas cinco sessões com a família, foram abordadas a definição de Análise do Comportamento Aplicada (ABA), e seus conceitos básicos como comportamento, reforço, análise funcional, modelagem, etc.), a definição de comportamentos interferentes, como identificar, descrever e manejá-los, a partir de estratégias de extinção combinada ao reforçamento diferencial e por fim, como aplicar as tentativas de ensino do PEI.

Estudo de caso 2 (JR)

O caso atendido pela Equipe 2 do InterTEA foi um menino de 6 anos de idade denominado JR, diagnosticado com TEA, aos 2 anos de idade JR e sua família participaram do projeto de extensão de março a junho de 2022. Os dados referentes a esse caso são parciais, pois a família desistiu dos atendimentos, antes de concluir a fase de avaliação do repertório comportamental da criança pelo VB-MAPP.

Desse modo, os atendimentos ocorreram por 13 semanas. Nesse período, foram realizadas observações neutras na casa da família, onde percebeu-se uma frequência muito alta de comportamentos inadequados da criança que precisavam de intervenção imediata, uma vez que também poderiam dificultar a avaliação pelo VB-MAPP. Assim, uma linha de base da frequência observada de comportamentos inadequados (xingamentos, arremessar brinquedos ou objetos, fazer birra, bater e gritar) e alternativos (abraçar, buscar por socialização, brincar, desenhar, obedecer à mãe e seguir instruções, e fazer solicitações de forma educada) de JR foi construída.

A criança também contava com uma barreira em relação ao desfralde, tendo dificuldades para utilizar o vaso e fazendo suas necessidades apenas na fralda, na varanda ou atrás da casa. Em

todos os momentos em que estava fazendo suas necessidades, J.R fez o uso do celular de sua mãe. Ademais, outra dificuldade relacionada se dá por conta da alimentação restrita da criança, que influencia no ressecamento das fezes. Após obter-se maiores informações, descobriu-se que a criança utilizava o vaso, porém somente para fazer xixi.

Desse modo, foram fornecidas instruções para a mãe com relação ao desfralde e uma tabela para o controle de frequência e local das necessidades da criança. As orientações ocorreram de forma vocal e escrita, as quais continham informações sobre o local que deveria ser realizado a limpeza em caso de se sujar, organização do banheiro para que JR ficasse confortável ao se sentar no vaso, organizar todo o ambiente para que as necessidades fossem feitas somente no banheiro.

O treino para desfralde foi realizado por meio do esmaecimento (Cooper, Heron & Heward, 2019). Este procedimento consistiu em cinco passos, nos quais eram variados os locais em que JR defecava. O primeiro passo era dentro de casa com celular. O segundo passo foi no corredor da casa, próximo ao banheiro, utilizando o celular como reforçador, ambos, segundo e terceiro passos, foram realizados por três dias consecutivos. O terceiro passo foi dentro do banheiro com a fralda, utilizando o celular como reforçador. O quarto passo foi sentado no vaso **com** a fralda, utilizando o celular como reforçador. O quinto passo foi sentar-se no vaso e fazer cocô **sem** a fralda, utilizando o celular como reforçador. O terceiro, quarto e quinto passos foram realizados por sete dias consecutivos.

Tabela 1.*Análise funcional dos comportamentos inadequados de JR*

Antecedente	Resposta	Consequência
A mãe nega o pedido de JR dizendo que o mesmo não come e apenas desperdiça o chocolate com essas brincadeiras...	JR bate o celular em sua cabeça, mesa e parede.	A mãe briga com JR e solicita que o mesmo pare de bater o celular.
A mãe briga com JR e solicita que o mesmo pare de bater o celular...	JR arremessa um balde; bate a porta com bastante força algumas vezes; arremessa o tapete da sala; chuta e soca os móveis da sala; e ri	A mãe grita com JR e o ameaça com o chinelo e um pedaço de couro que estava em cima do armário.

Os comportamentos inadequados ("arremessar brinquedos e objetos") e alternativos (fazer solicitações de forma educada) estão descritos nos Quadros 1 e 2, respectivamente. Observou-se, durante o registro dos comportamentos inadequados, que muitos eram mantidos por reforçamento positivo, pois a mãe de JR discutia com o filho toda vez que ele emitia comportamentos inadequados. Essa discussão fazia com que o comportamento de JR aumentasse de frequência sempre que ele estava sozinho ou sem a atenção da mãe.

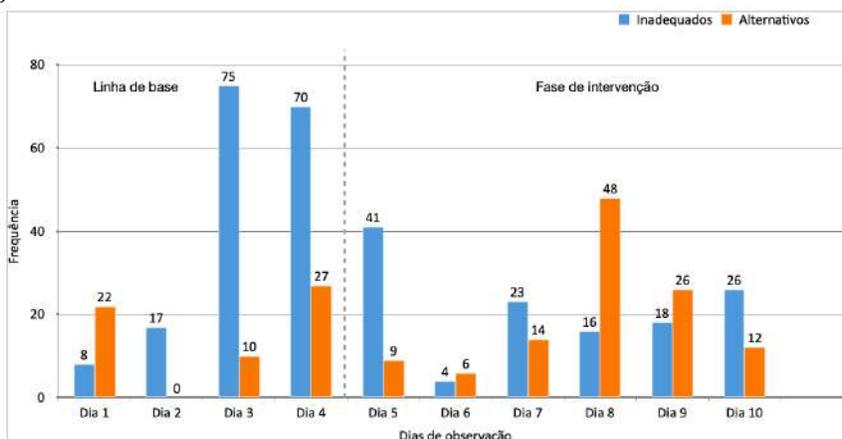
Tabela 2.

Análise funcional dos comportamentos adequados de J.R.

Antecedente	Resposta	Consequência
A mãe e J.R. estão brincando de desenhar e pintar. Num dado momento, a mãe direciona suas mãos para desenhar num local específico da folha...	J.R. desaprova o local que a mãe escolheu para desenhar, a fim de impedi-la, ele diz que “não pode” e gesticula com o dedo dizendo que “não”. Aponta para o local da folha que gostaria que a mãe desenhasse.	A mãe ri e desenha no local que J.R. apontou.

Figura 2.

Frequência de comportamentos inadequados e alternativos emitidos por J.R.



Legenda: Comportamentos inadequados foram: xingar, jogar brinquedos, birras, bater em outras pessoas, autolesão, se jogar no chão, grito, oposições a regras. Os comportamentos alternativos foram: brincar corretamente com os brinquedos, desenhar, pedir atenção da mãe, abraçar, pegar objetos do chão e guardar, pedidos educados, tolerância à frustração.

Para diminuir a frequência dos comportamentos inadequados de JR, foram planejadas intervenções como o reforçamento diferencial de comportamentos alternativos (Cooper et al., 2019, como citado em Higbee et al., 2018). Este procedimento consistiu na extinção do comportamento inadequado e reforçamento positivo do comportamento alternativo.

Além da aplicação direta dessas estratégias, a partir da equipe de acompanhantes terapêuticos, um treino de pais foi elaborado especificamente para esse contexto. No treino de pais foram ensinados processos comportamentais como extinção, reforçamento e fornecidas instruções com relação ao desfralde. Além da psicoeducação, também foram realizados treinos por meio de modelação, o qual a mãe deveria simular uma intervenção com as extensionistas no papel do filho. O treino ocorreu durante 10 encontros de uma hora e meia cada, entre os meses de maio e junho.

Na Figura 2, observa-se a frequência dos comportamentos inadequados e alternativos de JR. Na Linha de Base, JR teve uma média de 42 comportamentos inadequados e 15 comportamentos alternativos por dia em 4 dias de observação. Já na fase de intervenção, JR teve uma média de 21 comportamentos inadequados e 19 comportamentos alternativos por dia em 6 dias de observação. Os comportamentos inadequados começaram a diminuir de frequência após o reforçamento diferencial de respostas alternativas. A mãe foi acompanhada pela equipe durante as aplicações, mas teve dificuldades na aplicação do procedimento.

No que concerne ao desfralde, as instruções fornecidas à mãe tiveram pouca aderência, o que não possibilitou resultados satisfatórios. Ademais, com base nas avaliações, as intervenções foram priorizadas para o desfralde e comportamentos de birra, o que promoveu a diminuição dos comportamentos inadequados e aumento dos adequados que a criança já possuía, entretanto, a falta de aderência ao treinamento de pais por parte da figura paterna ou a ausência de aplicação por parte da mãe, reduziram o aprendizado do repertório comportamental da criança.

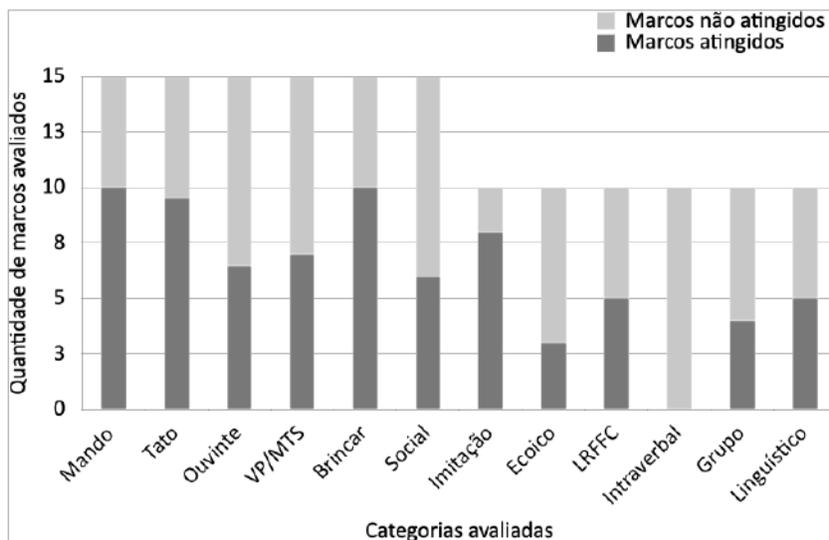
Na avaliação dos marcos do desenvolvimento pelo VB-MAPP foi possível obter informações acerca dos marcos e barreiras apresentados pela criança. Na Figura 3, podemos verificar alguns marcos avaliados de JR. De maneira geral, o repertório de mando ocorria com muita frequência, porém utilizando poucas palavras ou apontando. Ele também emitia tato espontâneo durante a observação, porém, algumas palavras com dificuldade de compreensão por parte do ouvinte fora contexto, por conta de aspectos topográficos da fala, como, por exemplo, “TANANXA (laranja), AMALEO (amarelo), VETI (verde), OXO (roxo). Ouvinte (seguimento de regras): O comportamento de ouvinte de JR estava bastante enfraquecido, já que muitas vezes ignorava os pedidos da mãe, até mesmo fingindo não ouvir e não voltando sua atenção para quem vos fala. Já com relação à imitação motora, JR imitava somente os comportamentos emitidos nos desenhos que assistia, e quando solicitado pela mãe, porém não generalizava para outras pessoas (extensionistas, por exemplo).

Com relação às interações sociais, JR fazia bastante contato visual, e interagia bem com as extensionistas, além de ter uma boa relação com a mãe e os colegas da escola. Na leitura, ele nomeava as letras do alfabeto e tateia a ordem dos números, já a escrita não foi observada. Os comportamentos negativos estiveram bastante presentes durante as observações e intervenções, como se jogar no chão, gritar, jogar objetos e chorar quando é contrariado ou não recebia o que desejava. Com relação ao controle instrucional de JR, ele apresentava dificuldades em seguir regras e atender pedidos, geralmente se recusando e respondendo “NÃO, PARA!”. No Ecóico, JR não generalizava as habilidades ecóicas, isso porque apenas repetia quando solicitado pela mãe, não generalizando para outras pessoas. No repertório Intraverbal, JR apresentava dificuldades em manter diálogo, uma vez que, quando fazíamos perguntas do dia a dia, como “Você foi passear hoje?” ele se recusava a responder, ignorando ou gritando: “NÃO!”. Outra questão observada foi o problema articulatório na fala, pois ele possuía dificuldade em pronunciar algumas palavras, mas

geralmente pôde ser compreendido e sua articulação melhorou com o estímulo da fala de forma correta.

Figura 3.

Quantidade de marcos atingidos e não atingidos por categoria do VB-MAPP na 1ª avaliação.



Legenda: VP/MTS (percepção visual/Pareamento com o Modelo). LRFFC (Ouvinte por função, característica e classe).

Considerações Finais

O InterTEA é o único projeto gratuito e pioneiro que acompanha crianças diagnosticadas com TEA, utilizando intervenções direcionadas pela ABA, no estado do Mato Grosso do Sul. O objetivo deste trabalho foi relatar experiências de implementação desse programa, e apresentar brevemente a experiência do atendimento de dois casos.

O projeto apresentou alguns desafios: (a) dificuldades relativas a transição de parte da equipe inicialmente treinada em uma orientação teórico-metodológica da psicologia histórico-cultural para uma orientação analítico-comportamental que

embasa a análise do comportamento aplicada; (b) dificuldades relativas à implementação de um novo programa, como, por exemplo, problemas de comunicação, devido ao tamanho da equipe ou o pouco domínio prático de aplicação de intervenções e instrumentos complexos como o VB-MAPP; (c) sobrecarga de trabalho dos extensionistas que estavam vinculados a outras atividades acadêmicas do curso de psicologia e desistências no segundo semestre de parte da equipe que estava no último período do curso; (d) desistência da família de uma das crianças atendidas durante o programa e a dificuldade de engajamento das famílias de um modo geral; (e) dificuldades nas relações com as escolas para realizar avaliações e intervenções nesse ambientes.

Dentre as limitações inerentes à modalidade e ao formato do programa, destacam-se o número baixo de crianças atendidas e a falta de experiência prática dos extensionistas que cumpriram a função de acompanhantes terapêuticos que se encontram em formação profissional. O projeto tem como plano futuro atender mais crianças com diagnóstico de TEA, capacitar grupos para a aplicação do instrumento VB-MAPP e posterior acompanhamento de crianças com TEA. Um dos objetivos do InterTEA é que o grupo que se encontra na fase prática das intervenções capacite o grupo que inicia a formação teórica, para que o projeto tenha continuidade e maior fluidez dos atendimentos.

Referências

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Text Revision* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Araújo, L. D., Montel, S. M., Costa, M. E. G. A & Mesquita, H. M. S. (2023). Projeto de extensão de aprendizagem e desenvolvimento infantil da Faculdade Católica Dom Orione: Um relato de experiência. *In: A.L.B.Martins, A. J. S. Peres, & A. A. B. Varella*

(Eds.), *Transtorno do espectro autista na universidade: da pesquisa básica a aplicada* (227-244). Editora UFMS.

Aureliano, L. F. G. (2018). *O uso da Análise de Sistemas Comportamentais para o aprimoramento dos serviços prestados pelo Centro para o Autismo e Inclusão Social (CAIS-USP)*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo.

Baer, D.M., Wolf, M.M. & Risley, T.R. (1968) Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal.

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2019). *Applied Behavior Analysis (3rd Edition)*. Pearson Education.

Higbee, T. S., Pellegrino, A. J., & DeSouza, A. A. (2018). Estratégias analítico-comportamentais para o tratamento de comportamentos-problema severos. In: A. C. Sella & D. M. Ribeiro (Org), *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista* (pp. 213- 223). Appris Editora e Livraria Eireli-ME.

Khan, N. Z., Gallo, L. A., Arghir, A., Budisteanu, B., Budisteanu, M., Dobrescu, I., & Elsabbagh, M. (2012). Autism and the grand challenges in global mental health. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 5(3), 156-159.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3-9.

Meira, G. Q., Rocha, G. D. N., Carvalho, J. A., Alves, A. C. G., Pacini, J. L. V., Martins, A. L. B., (2023). Proposta de intervenção fundamentada nos pressupostos da psicologia histórico-cultural para indivíduos com transtorno do espectro autista. In: A.L.B.Martins, A. J. S. Peres, & A. A. B. Varella (Eds.), *Transtorno do espectro autista na universidade: da pesquisa básica a aplicada* (200-226). Editora UFMS.

Portolese, J., Bordini, D., Lowenthal, R., Zachi, E. C., & Paula, C. S. de. (2017). Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), 79-91.

Ramos, K. (2017). Sistema único de saúde brasileiro x sistema de saúde norte americano: um estudo comparativo. *Gestão pública-Unisul Virtual*. Recuperado de <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/9621a3c5-47d2-47e3-bd5d-1bcb20afddee>

Slocum, T. A., Detrich, R., Wilczynski, S. M., Spencer, T. D., Lewis, T., & Wolfe, K. (2014). The Evidence-Based Practice of Applied Behavior Analysis. *The Behavior analyst*, 37(1), 41-56.

Sundberg, M. L. (2008). *VB-MAPP Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program: a language and social skills assessment program for children with autism or other developmental disabilities: guide*. Guide (2nd Ed.). AVB Press.

UFPA (2021, 21 de abril). *Projeto Aprende se adapta as condições impostas pela pandemia para continuar pesquisas sobre a aprendizagem de crianças autistas*. Recuperado de <https://portal.ufpa.br/index.php/ultimas-noticias2/12547-projeto-aprende-se-adapta-as-condicoes-impostas-pela-pandemia-para-continuar-pesquisas-sobre-a-aprendizagem-de-criancas-autistas>

Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research*, 15(5), 778-790.

CAPÍTULO 11

PSICODIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO ESPECÍFICO SUPERVISIONADO

Karine Valério Berbal
Ester de Oliveira Cantanhede
Regina Basso Zanon

O presente capítulo visa refletir sobre a avaliação psicológica de crianças com suspeita de diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) em contexto clínico, enfatizando as contribuições do Sistema PROTEA-R-NV. O relato de experiência é resultado de uma prática realizada no Estágio Supervisionado em Avaliação Psicológica em Diferentes Contextos, componente curricular do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no primeiro semestre do ano de 2023, pelas duas primeiras autoras do capítulo (estagiárias) com supervisão da última.

O objetivo geral do estágio esteve pautado em realizar psicodiagnóstico de crianças (preferencialmente com idade entre 24 - 60 meses) com suspeita de Transtorno do Espectro Autista ou de outros Transtornos do Neurodesenvolvimento – a partir do Sistema de Avaliação PROTEA-R-NV e outras ferramentas complementares – e a psicoeducação breve de seus familiares. Utilizou-se de entrevistas, instrumentos psicológicos, observação e visitas, considerando as dimensões socioculturais implicadas nos contextos analisados, bem como as potencialidades e virtudes das crianças e de seus familiares. Buscou-se, ainda, refletir e fomentar o desenvolvimento de estratégias que facilitassem o estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida e empática, familiarizar e psicoeducar a família em relação ao transtorno

apresentado, tendo como enfoque as crenças parentais e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (*coping*), relacionadas ao diagnóstico.

Neste trabalho será contemplada, inicialmente, uma revisão teórica da literatura a respeito do diagnóstico de TEA, com a apresentação de marcadores de desenvolvimento infantil e dos sinais precoces do transtorno, somado aos documentos previstos em legislações que fornecem base à avaliação e intervenção diagnóstica. Na sequência será descrito um caso clínico, abordando desde as queixas principais que motivaram a busca pelo atendimento até os procedimentos, resultados e encaminhamentos dados ao caso. O caso relatado descreve a avaliação de uma criança do sexo masculino, de 2 (dois) anos e 6 (seis) meses, com suspeita de TEA, atendido nas dependências da clínica-escola de psicologia, denominada Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada (LabSPA).

Identificação dos Sinais Precoces do TEA

Conforme a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014), os critérios diagnósticos para definição de TEA incluem déficits na comunicação e interação social em contextos múltiplos – bem como aspectos da reciprocidade emocional, comportamentos comunicativos não-verbais e manutenção dos relacionamentos – e padrões comportamentais restritos e repetitivos, incluindo estereotípias motoras, hiperfoco e inflexibilidade comportamental. Ademais, concomitante ao transtorno, podem estar associados comprometimento intelectual e na linguagem, sendo que os fatores de risco podem incluir aspectos ambientais e/ou genéticos e fisiológicos (APA, 2014).

Nesse sentido, é válido pontuar que o número de diagnósticos de TEA têm crescido exponencialmente nos últimos anos no Brasil e no mundo, considerando o maior acesso a informações e aos serviços de saúde, mas também devendo-se à popularização do diagnóstico, sobretudo decorrente de avaliações equivocadas ao

contexto e ao histórico do sujeito (Almeida & Neves, 2020). Segundo as estatísticas publicadas em 2021 no último relatório do *Center for Disease Control and Prevention* (2021), verificou-se a prevalência de TEA em 1 (uma) a cada 44 (quarenta e quatro) crianças de 8 (oito) anos, a partir de um estudo desenvolvido nos EUA, mas que também fornece referência às pesquisas no Brasil.

Desse modo, faz-se necessária uma avaliação contextual, singular e minuciosa, considerando o caráter multidimensional dos efeitos de um pós-diagnóstico na vida dos sujeitos, especialmente quando feito de forma tardia. Por isso, é preciso enfatizar a importância da identificação precoce do TEA, principalmente quando se trata dos benefícios decorrentes de intervenções adequadas para a promoção e manutenção de uma boa qualidade de vida aos indivíduos. É notório, ainda, a complexidade envolvida em um processo de avaliação, levando em conta a variedade significativa dos dados obtidos a partir das observações, entrevistas e ferramentas psicológicas, por isso a necessidade de considerar o potencial dos planos terapêuticos quando desenvolvidos em formato multidisciplinar, conforme apontado por Francisco (2019).

Ademais, o desafio da avaliação diagnóstica em crianças se configura como uma questão importante para discussão, sobretudo quando são analisados aspectos que atravessam diretamente o psicodiagnóstico, como as próprias etapas do desenvolvimento – que não, necessariamente, apresentam um caráter de linearidade – as relações familiares. Silva, Corso, Celeste e Satler (2023) complementam essa perspectiva, afirmando que embora os sintomas de TEA estejam frequentemente presentes no início da vida, o diagnóstico de TEA geralmente é feito entre as idades de três e cinco anos. Existiriam pelo menos cinco fatores que explicam essa situação: (1) pouca consideração à preocupação dos pais, (2) os sinais de TEA ficam mais evidentes após o segundo ano de vida, (3) os bebês não são suficientemente maduros para atender aos critérios de diagnóstico, (4) complexidade do diagnóstico diferencial em uma idade precoce

e (5) o diagnóstico é arriscado antes dos dois anos de idade devido a uma alta probabilidade de instabilidade.

Conforme previsto no DSM-5 (APA, 2014), atualmente a classificação do TEA é organizada a partir de alguns especificadores de gravidade da sintomatologia. No manual, no nível 1, o sujeito exige apoio integral em suas demandas, estando presentes déficits na comunicação social, com interesse reduzido e/ou atípico por interações, além da forte inflexibilidade comportamental em contextos diversos. Os sujeitos que exigem apoio substancial estão “incluídos” no nível 2 de gravidade, com limitações nas habilidades de comunicação verbal e não-verbal e marcado pelo sofrimento com alterações de rotina, já que tendem a comportamentos restritos e repetitivos. O nível 3, por sua vez, é caracterizado pela exigência de muito apoio substancial ao sujeito, sobretudo com os graves prejuízos funcionais decorrentes dos déficits extremamente acentuados na comunicação social e no padrão comportamental frente a mudanças.

Nesse sentido, as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (2014), apresentam contribuições fundamentais para a abordagem ao tema. A cartilha orienta as equipes multidisciplinares aos pontos de atenção previstos no SUS para o cuidado à saúde da pessoa com TEA e de suas famílias, conforme os princípios dispostos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Outrossim, o documento ainda dispõe acerca da importância da detecção de sinais iniciais de problemas no desenvolvimento, elencando indicadores comportamentais para TEA – incluindo aspectos motores, sensoriais, emocionais e de linguagem –, instrumentos de rastreamento e avaliação diagnóstica, identificação de possíveis causas e, sobretudo, a construção do projeto terapêutico singular para o paciente.

Assim, justamente nesse contexto de avaliação é onde se destaca a relevância clínica e social das contribuições oferecidas pelo Sistema de Avaliação da Suspeita de Transtorno do Espectro

do Autista, especificamente pelo eixo que se refere ao Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de TEA – Versão Revisada – Não Verbal (PROTEA-R-NV) (Bossa & Salles, 2018). Este instrumento objetiva o rastreamento da presença de comportamentos inerentes à sintomatologia do TEA, com fins de sistematização da observação clínica do desenvolvimento infantil entre os 24 aos 60 meses de idade. Contudo, não é direcionado unicamente para diagnóstico de TEA, mas se configura como uma ferramenta utilizada na avaliação sistemática e multidisciplinar do comportamento infantil.

Com base nesses princípios, o avaliador observa os comportamentos por meio de três áreas: Comportamentos Sociocomunicativos, Qualidade da Brincadeira e Movimentos Repetitivos e Estereotipados do Corpo. Estas, por sua vez, apresentam 17 itens a serem avaliados em cada sessão, sendo eles: Iniciativa de Atenção Compartilhada (IAC), Resposta de Atenção Compartilhada (RAC), Imitação (IM), Engajamento Social (ES), Sorriso Social (SOR), Busca e Resposta de Contato Físico Afetivo (CF), Busca de Assistência (BA), Protesto/Retraimento (P/R), Exploração dos Brinquedos (M/EX), Forma de Exploração (FEX), Coordenação Visomotora (CV), Brincadeira Funcional (BF), Brincadeira Simbólica (BS), Sequência da Brincadeira Simbólica (SBS), Movimentos Repetitivos das Mãos (MRM), Movimentos Repetitivos de outras partes do Corpo (MRC) e Comportamentos Autolesivos (CA).

A estrutura e o funcionamento das sessões, baseadas no PROTEA-R-NV, se organizam de modo a contemplar, inicialmente, a construção de um momento de exploração livre e brincadeira simbólica, sendo disponibilizados brinquedos de natureza variada à criança para verificação dos comportamentos de IAC e RAC, IM, ES, SBS e CF. Em seguida, é reservado um tempo maior para a organização de um contexto de brincadeira semi-estruturada, em que o intuito é estimular a manifestação de respostas atípicas no manejo dos objetos, incluem-se nessa etapa brinquedos selecionados que possuam estímulos sonoros ou visuais e

brincadeiras que busquem exercitar habilidades de troca de turnos, por exemplo. Após a aplicação do protocolo nas sessões e a partir da filmagem realizada, os comportamentos são codificados considerando a sua frequência e qualidade (Bossa & Salles, 2018).

Ademais, é válido mencionar o papel importante exercido pela escala M-CHAT(*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), desenvolvida por Losapio e Pondé (2008), sendo um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para identificar traços de autismo em crianças de idade precoce. Trata-se de uma escala de rastreamento que consiste em 23 questões de relato parental. O questionário dispõe de alguns itens críticos que, se confirmados e presentes no padrão comportamental da criança, podem justificar uma avaliação formal por técnicos do neurodesenvolvimento. Nesse sentido, o Departamento de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da Sociedade Brasileira de Pediatria, em 2017, publicou um documento oficial que tratava da recomendação do uso desta ferramenta para o diagnóstico precoce de TEA. Tal fato corrobora a importância de uma avaliação multidisciplinar, que favorece a garantia da prestação de um serviço de qualidade ao usuário.

Ademais, um outro instrumento para a avaliação do desenvolvimento infantil, incluindo de áreas que comumente são alteradas no TEA, é o Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil - IDADI (Silva, Mendonça & Bandeira, 2019), que é destinado a crianças na faixa etária de zero até 72 meses de idade, recorrendo ao relato parental para obtenção dos dados, a partir da análise dos domínios Cognitivo, Socioemocional, Comunicação e Linguagem Receptiva, Comunicação e Linguagem Expressiva, Motricidade Ampla, Motricidade Fina e Comportamento Adaptativo.

Pelo fato do TEA se tratar de um diagnóstico baseado na avaliação da história de desenvolvimento do indivíduo e no padrão atual de comportamento, o conhecimento sobre os marcos de desenvolvimento infantil e sobre os instrumentos disponíveis para a sistematização da observação clínica é fundamental para

profissionais que se propõe a realizar essa avaliação. Relatos de experiências com a avaliação de casos com a suspeita de TEA, enfocando os procedimentos empregados com o foco nos aspectos socioculturais, também são particularmente úteis e podem contribuir e inspirar clínicos. Sendo assim, a seguir será apresentado o processo de avaliação psicológica de uma criança com suspeita de diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), enfatizando as contribuições do Sistema PROTEA-R-NV.

Materiais e Método

Trata-se de um relato de experiência de psicodiagnóstico infantil realizado durante os meses de junho a setembro de 2023, por estagiárias do sétimo semestre do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. A prática de estágio ocorreu no Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada - LabSPA, desde as supervisões semanais aos atendimentos clínicos.

Inicialmente, a partir de um roteiro semi-estruturado, foram realizadas duas sessões de entrevista de anamnese com a mãe da criança, com duração média de uma hora cada, a fim de verificar aspectos básicos concernentes à identificação do paciente, *background* familiar, dados da gestação ao pós-parto e desenvolvimento da criança, como padrão de sono e alimentação, desenvolvimento neuromotor e problemas comportamentais. Outrossim, foram analisadas questões relacionadas aos primeiros sinais de TEA, sobretudo quanto à área verbal, padrão de comunicação e de sociabilidade, perfil e qualidade das brincadeiras e presença de estereotípias. Esta etapa também contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que permite que o caso seja utilizado como base para estudos científicos e/ou de materiais didáticos, assim como é a proposta deste trabalho.

Em seguida, deu-se início à aplicação do PROTEA-R-NV, em três sessões lúdicas de cinquenta minutos (gravadas com uma filmadora), objetivando analisar o padrão de interação sócio-

comunicativa e a estrutura das brincadeiras apresentadas pela criança. Ao término da avaliação, foi realizada uma sessão de entrevista devolutiva com os pais do menino – com duração aproximada de uma hora –, na qual foram expostos os resultados obtidos e feitas as indicações terapêuticas necessárias. Além disso, etapas complementares à avaliação com o PROTEA-R-NV foram utilizadas, como a aplicação de dois questionários de relato parental – sendo eles o M-CHAT e o IDADI – e uma visita na escola da criança para entrevista com as professoras da criança, que durou cerca de uma hora e quinze minutos.

Descrição do caso

A busca inicial ao LabSPA foi de iniciativa da mãe do paciente, decorrente de uma suspeita de TEA no filho de 2 (dois) anos e 6 (seis) meses – cujo nome fictício utilizado será Heitor – levantada também por uma familiar, que é pedagoga. As queixas do caso estavam relacionadas ao atraso de fala (criança não-verbal), comportamentos e brincadeiras repetitivas e estereotipadas (identificadas entre os 12 (doze) e 18 (dezoito) meses de idade da criança), crises de choro e reação agressiva quando confrontado. Durante as sessões de anamnese, foram relatadas informações importantes quanto à história clínica e social da criança. A cuidadora declarou preocupações com o comprometimento na qualidade de comportamentos comunicativos e na interação social de Heitor.

A família é composta por Heitor, mãe, pai e irmão mais velho. A mãe relatou que Heitor não havia realizado nenhum outro tipo de atendimento e nem fazia uso de medicação. Desde o primeiro ano de vida, a criança frequentava uma escola privada no município de Dourados-MS. Em relação à gestação, a mãe explica ter se tratado de uma gravidez não planejada e a descreve como um período de vulnerabilidade emocional. No tocante às condições maternas de saúde durante o período da gestação, instalou-se um caso de diabetes gestacional, mas sem uso de medicamentos. O parto ocorreu via cesariana e sem complicações, nascendo Heitor com

4,300 kg. Não houve nenhum problema físico de saúde com ela e com o filho. Como rede de apoio, contava com a ajuda dos avós.

Acerca da alimentação, Heitor sempre teve uma boa relação com o seio e consumiu leite materno até os 2 (dois) anos e 3 (três) meses, não se adaptando nem à chupeta nem à mamadeira. Começou a ingerir líquidos diretamente no copo e a introdução alimentar ocorreu por volta dos 6 (seis) meses. Conforme relatado, o paciente possuía bastante apetite, com poucas restrições de paladar. Desde quando bebê também apresentava boa qualidade de sono. No que se refere ao desenvolvimento e padrão neuromotor, firmou o pescoço por volta dos 3 (três) meses, sentando sem apoio no intervalo entre os 6 (seis) e 7 (sete) meses, engatinhando aproximadamente aos 8 (oito) meses, até caminhar sem suporte com 11 (onze) meses. Quanto ao controle esfinteriano, apresentava apenas controle vesical no período diurno. Ademais, a mãe relata que Heitor caminhava na ponta dos pés até o primeiro ano de vida; naquele momento, eventualmente, apresentava desequilíbrio e balanço do corpo para andar. Somado ao hábito de roer unhas, outros comportamentos como masturbação ou toque em partes íntimas já tinham sido percebidos pela família.

Segundo informado, a identificação dos primeiros comprometimentos na área verbal deu-se antes dos 18 (dezoito) meses, especificamente nas vocalizações. Quanto à forma de interação de Heitor com adultos, dificilmente ele dirigia o olhar ao cuidador, na maioria das vezes segurava o rosto do adulto, direcionando-o ao seu ponto de interesse. Apontava com as mãos ou segurava a mão do cuidador para executar a tarefa, não vocalizando o pedido. Quando chamado pelo nome, costumava responder apenas após insistência, a depender do contexto. O padrão de comunicação verbal estava restrito, considerando que somente pessoas próximas conseguiam compreendê-lo. Heitor costumava falar alto ou gritar quando as emoções estavam mais vívidas, mas tendia a abaixar a entonação quando envergonhado ou retraído. Nesse sentido, quando era contrariado podia gritar, bater em si mesmo e nos outros.

No tocante à sociabilidade, a mãe descreveu que os primeiros sorrisos foram notados por volta dos 3 (três) meses. Conforme o relato parental, Heitor explorava vários objetos, gostava de brincar com os utensílios plásticos de cozinha, carrinhos (preferencialmente objetos de cor vermelha), brinquedos com estímulos auditivo-sensoriais e jogos de encaixe. Contudo, não costumava aderir às brincadeiras simbólicas, com dificuldades em compreender a função dos objetos. Quanto às estereotipias, a mãe relatou que Heitor costumava alinhar os carrinhos durante as brincadeiras, mostrando inflexibilidade diante de mudanças na rotina, apresentando uma sequência específica na execução de tarefas e agindo com incômodo e impaciência diante de novas demandas. Além disso, foi relatado a presença de movimentos giratórios do próprio corpo e movimento dos braços (*flapping*) quando estivesse muito bravo ou muito feliz.

Enquanto isso, no tocante à percepção apresentada pelas educadoras de Heitor, foi possível perceber que a principal preocupação por parte da escola era referente ao seu atraso na fala de Heitor. As agentes escolares o descreveram com uma boa socialização com os pares, exploração positiva do ambiente e dos brinquedos e com boa aceitação dos alimentos. Disseram que tratava-se de uma criança com comportamento bastante ativo, mas com uma lacuna importante no engajamento social, já que tinha preferência por brincadeiras individuais.

Resultados e Discussão

Foram realizadas três sessões de avaliação PROTEA-R-NV com Heitor, sendo observadas variações no seu repertório comportamental no decorrer das sessões, sobretudo quanto aos comportamentos interativos e as reações às frustrações. Na primeira sessão, o paciente expressou um maior comportamento defensivo frente aos convites para atividades triádicas, protestando significativamente com choros e gritos, apresentando dificuldade para alternar turnos nas brincadeiras compartilhadas e/ou na hora

de guardar os brinquedos. Na segunda sessão, Heitor manifestou sorrisos e maior disponibilidade para engajar-se em atividades compartilhadas. Na terceira sessão, percebeu-se mais comportamentos de retraimento frente a desconfortos com brincadeiras que não eram do seu interesse. Ao longo das sessões, o menino pareceu compreender a dinâmica das atividades propostas, apesar de ter demonstrado comportamento de recusa em algumas delas.

PROTEA-R-NV

Área I - Comportamentos Sociocomunicativos

Durante as sessões, foi possível observar que o paciente Heitor, não dirigiu atenção ao adulto durante as sessões para compartilhar seus interesses e voltava seu rosto em direção ao adulto apenas após insistência, permanecendo com o foco atencional por maior tempo no objeto, e não na interação. Por exemplo, na primeira sessão Heitor brincava com o carrinho do Batman e não levava o brinquedo para a mãe ou mesmo para a avaliadora a fim de participar da brincadeira, isso se repetia em outras atividades em que ele interagia sozinho. No que se refere à busca por assistência, a criança apresentou esse comportamento de maneira pouco frequente, e somente após a avaliadora sinalizar a possibilidade de ajudá-lo no manuseio de um brinquedo. Com frequência, o menino, ao não conseguir realizar sozinho alguma exploração ou atividade, perdia o interesse e buscava outro brinquedo.

Quanto à imitação, observou-se uma criança que reproduzia muitos dos movimentos e gestos do avaliador, contudo não demonstrava-se intencionalidade. Por exemplo, durante a brincadeira de encaixe, após a execução da tarefa (encaixar peças), a avaliadora comemorou, com gestos, sorrisos e com palmas, e o garoto passou a reproduzir a vocalização a cada vez que colocava a peça no brinquedo, ainda que o encaixe não fosse no lugar certo, porém o fez sem coordenar com outros canais sociocomunicativo

(olhar, sorriso, orientação corporal). Comportamento parecido foi observado no contexto de acenar para a avaliadora, no momento de dar tchau.

No que se refere à resposta de atenção compartilhada, percebeu-se que o menino, frequentemente, aceitava as brincadeiras propostas, contudo, com algumas restrições em relação aos contextos dos convites. Outro comportamento observado foi quando as avaliadoras estavam brincando de jogar bola com a intenção de provocar interesse da criança e convidá-la a brincar de maneira compartilhada, mas o paciente ignora essas tentativas de socialização, permanecendo em suas brincadeiras.

De modo geral, observou-se que Heitor apresentava sorriso de maneira rara, sendo este observado apenas na segunda sessão e no contexto da brincadeira com a câmera fotográfica. Nessa situação, o sorriso pareceu adequado ao contexto, porém o menino não coordenou com outros canais sociocomunicativos (exemplo olhar, orientação corporal, etc.). Outrossim, observou-se comportamentos de protesto e de retraimento, por exemplo, quando após o convite da avaliadora para brincar com os dedoches, Heitor jogou os dedoches no chão e evitou a interação afastando-se no canto. Em alguns momentos, ele chorava e afastava-se do objeto de desinteresse.

Área II - Qualidade da Brincadeira

Com relação à exploração dos brinquedos, observou-se que nas três sessões Heitor explorou pouco dos brinquedos dispostos, como o piano, carrinho, xícara e colheres, encaixes, amoeba, em contrapartida, alguns brinquedos como a boneca, livro, bolas, papéis e lápis não o entusiasmaram. No que tange à exploração apontava para uma forma variada de explorações atípicas e/ou repetitivas, a exemplo, de ficar girando o círculo de encaixe para vê-lo girar. Também, percebeu-se interesse restrito em relação ao carrinho do Batman, observado após a avaliadora ter tentado trocar a mesa com o desenho do personagem, em virtude de seu hiperfoco

já reportado pela mãe, e o menino ter apresentado resistência para soltar o carrinho da mão e mudar para outro brinquedo.

Quanto à brincadeira funcional, o paciente reagiu de maneira adequada à situação proposta pela avaliadora durante a brincadeira com as xícaras e as colherzinhas na intenção de tomar chá. Outra função apresentada foi o fazer encaixe seguindo a lógica do brinquedo. Cabe registrar que a brincadeira simbólica foi pouco frequente e envolveu um episódio isolado e pouco espontâneo: na terceira sessão Heitor sinalizou com as mãos e boca como se o chá estivesse quente (configurando-se também como comportamento imitativo, já que aconteceu no contexto de reprodução do comportamento da avaliadora).

Área III - Movimentos Repetitivos e Estereotipados do Corpo

Quanto à presença de movimentos repetitivos, foi visto movimentos repetitivos das mãos em situações específicas, sobretudo quando contrariado. Um exemplo desse comportamento foi quando a avaliadora estava guardando os brinquedos e Heitor incomodou-se e insistiu em não deixá-la guardar, apresentando nessa situação movimentos repetitivos de mãos, choro e busca por contato físico da mãe. Comportamentos repetitivos de outras partes do corpo e comportamentos autolesivos não foram observados.

Tabela 1.

Sumário dos escores PROTEA-R-NV

Itens Críticos	Escala de Qualidade	Escore Convertido	Escala de Frequência
Iniciativa de Atenção Compartilhada (AC)	D	4	Baixa

Resposta de AC	B	1	Média
Imitação	C	2	Alta
Brincadeira Simbólica	C	2	Média
Movimentos Repetitivos do Corpo	A	0	Baixa
TOTAL		9	

IDADI

Os resultados obtidos através desta ferramenta revelaram atrasos significativos, quando comparado com outras crianças da mesma faixa etária, em cinco domínios: Cognitivo, Socioemocional, Comunicação e Linguagem Receptiva, Comunicação e Linguagem Expressiva e Comportamento Adaptativo. O perfil dos escores padronizados de desenvolvimento mostra que o perfil de Heitor estava muito inferior à média para a sua faixa etária. Por consequência, considerando as áreas mais comprometidas, os resultados do IDADI mostram um indicativo da tendência para o autismo. A Tabela 2 e a Figura 1 que apresentam as interpretação dos escores segue abaixo:

Tabela 2.

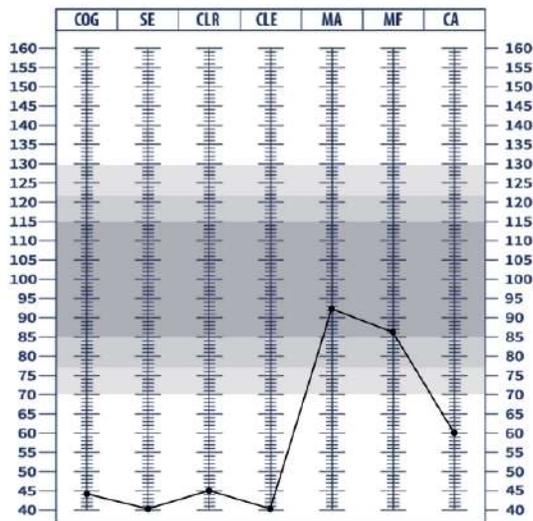
Classificação e Interpretação dos Escores Padronizados e Escores Z

Domínios	Classificação	Interpretação
Cognitivo	Muito Inferior	Atraso significativo
Socioemocional	Muito Inferior	Atraso significativo

Comunicação e Linguagem Receptiva	Muito Inferior	Atraso significativo
Comunicação e Linguagem Expressiva	Muito inferior	Atraso significativo
Motricidade Ampla	Médio	Típico
Motricidade Fina	Médio	Típico
Comportamento Adaptativo	Muito Inferior	Atraso significativo

Figura 1.

Perfil dos Escores Padronizados de Desenvolvimento



M-CHAT

Entre as 23 (vinte e três) afirmativas previstas neste questionário, foi constatada 1 (uma) falha entre os itens críticos previstos. No entanto, considerando a quantidade total de itens, 6 (seis) falhas foram identificadas. Nesse caso, os resultados da escala de rastreamento precoce de TEA – M-CHAT – apontam um risco

moderado para este diagnóstico, havendo a indicação de o paciente ser encaminhado para intervenção clínica. Na tabela 3 estão organizados os dados obtidos com a correção da ferramenta. As questões destacadas em negrito referem-se aos itens críticos.

Tabela 3.

Respostas aos itens do M-CHAT

01.Sim	05. Não	09. Sim	13. Não	17. Não	21. Sim
02. Sim	06. Sim	10. Sim	14. Sim	18. Sim	22. Sim
03.Sim	07. Sim	11. Não	15. Não	19. Não	23. Sim
04. Sim	08. Sim	12. Sim	16. Sim	20.Não	

Fonte: Os autores (2023).

Indicações terapêuticas

Sugeriu-se que Heitor seguisse em escola regular, com possibilidades de, a longo prazo, ser acompanhado por um profissional de apoio que ajudasse-o a aprimorar habilidades de comunicação e interação social e participasse da reelaboração do planejamento pedagógico do aluno, somado aos possíveis recursos e adequações necessárias por parte da escola, a partir dos princípios da Inclusão Escolar. Recomendou-se algumas intervenções clínicas. O atendimento em fonoaudiologia, teria como objetivos centrais minimizar os malefícios do seu atraso de linguagem e proporcionar condições que ampliem a qualidade de comunicação. A avaliação médica também se configurou como uma etapa crucial para uma completa compreensão do diagnóstico, visando, através de ferramentas clínicas, maximizar a reunião de informações a respeito do transtorno e identificar possíveis comprometimentos associados ao quadro. Quanto à intervenção psicológica, o estabelecimento de objetivos estava relacionado ao ensino de habilidades sociocomunicativas e flexibilidade

comportamental (trocas de turnos e manejo de frustrações). Nesse quesito, intervenções previstas na ciência da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) foram sugeridas, sobretudo IISCA e Ensino Incidental. Ademais, a orientação parental teria papel fundamental para o êxito das intervenções, especialmente pelo exercício de psicoeducação da família acerca de crenças relativas ao diagnóstico e pela proposta de estratégias de manejo dos comportamentos em situações cotidianas.

Considerações Finais

Os resultados da avaliação permitem perceber uma condição positiva das habilidades motoras e sensoriais de Heitor, uma vez que conseguiu manusear diferentes brinquedos com estímulos variados sem grandes dificuldades ou reações aversivas. Quando considerada a sua posição em situações de iniciativa e resposta de atenção compartilhada, notou-se uma dificuldade para estabelecer interações envolvendo brincadeiras triádicas, o que também aparecia em contextos diádicos (engajamento social). Houve poucos episódios de sorriso social e de direcionamento do olhar do paciente às avaliadoras durante as sessões. O comprometimento significativo na área verbal de Heitor afetava a qualidade de sua comunicação social, somado às reações emocionais de protesto e retraimento frente às situações de frustração, nas quais possui baixa tolerância, parecendo não compreender algumas regras sociais e intencionalidade do adulto. As estereotípias, que não tiveram destaque durante a avaliação, não se configuraram como uma preocupação no seu repertório comportamental. Apesar da idade precoce do paciente notam-se alterações importantes em algumas áreas desenvolvimentais, considerando a sua faixa etária, o que parece indicar a possibilidade de risco moderado para TEA, sugerindo que intervenções multidisciplinares sejam realizadas e que os comportamentos sejam reavaliados futuramente.

Nesse sentido, percebe-se a importância de uma avaliação que considere as sutilezas do desenvolvimento de cada criança e do seu

contexto sociocultural, tendo em vista as consequências de um diagnóstico para o paciente e seus familiares, além do cuidado com a prevenção e manejo dos comprometimentos que poderão estar associados ao transtorno, a fim de garantir uma assertividade nas intervenções terapêuticas propostas. Assim, considera-se que o processo de avaliação psicológica da suspeita de TEA apresentada neste capítulo, a partir da ilustração do caso de Heitor, contemplando suas diferentes etapas e informações coletadas a partir de diferentes fontes, evidenciaram as sutilezas do caso e o cuidado dos terapeutas ao avaliar uma criança pré-escolar. Os instrumentos administrados pareceram úteis para a avaliação da demanda inicialmente posta pelos familiares, e os encaminhamentos respeitaram as características da criança, de sua família e do serviço. De modo geral, a experiência possibilitou aprendizagens significativas sobre Psicodiagnósticos de TEA ao mesmo tempo em que contribuiu para responder questões importantes levantadas por pais acerca do desenvolvimento de seu filho.

Referências

Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40(e180896), 1-12.

Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.

Bosa, C. A., & Salles, J. F. (2018). *Sistema de Avaliação da Suspeita de Transtorno do Espectro do Autista (PROTEA-R)*. Vetor.

Bosa, C. A., Zanon, R. B., & Backes (2013). *Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro do Autismo (PROTEA)*. (Manuscrito não publicado). Porto Alegre, RS.

Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, Sociedade Brasileira de Pediatria. (2017). *Triagem precoce para Autismo/Transtorno do Espectro Autista*.

Francisco, R. T. de S., Franco, J. M.; Costa, A. L. B., Resende, P. H. F.; Santos, D. A., & Marques, C. A. de S. M.A (2019). Importância da identificação precoce do transtorno do espectro autista na infância. In: 2º Congresso Norte Mineiro de Saúde da Criança - Faculdades Santo Agostinho.

Losapio, M. F., & Pondé, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 221-229.

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., et al. (2021). Prevalência e características do transtorno do espectro do autismo entre crianças de 8 anos — Rede de monitoramento de autismo e deficiências de desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos, 2018. *MMWR Surveill Summ*, 70(11), 1–16.

Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com Transtornos do espectro do Autismo (TEA)*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Ribeiro Silva, S., del Corso, J., Correa Celeste, L., & Satler, C. E. (2023). Cartilha de orientação para pais sobre os marcos do desenvolvimento e manifestações do TEA na primeira infância. *Revista Ciências Da Saúde CEUMA*, 1(1), 43–51.

Silva, M. A. D., Mendonça, E. J. D., & Bandeira, D. R. (2019). Development of the dimensional inventory of child development assessment (IDADI). *Psico-USF*, 24, 11-26.

SOBRE AS/OS AUTORAS/ES

Amanda Barbosa de Amorim: Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

E-mail: amandabarbosadeamorim1@gmail.com

Ana Luiza Bossolani Martins: É bióloga pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2007), mestre e doutora em Genética pela mesma universidade em 2010 e 2014, respectivamente. Atualmente é Docente Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Membro do Conselho Editorial da Revista Psicologia & Transdisciplinariedade.

E-mail: ana.bossolani@ufms.br

Bárbara Ambrozini Nyland: Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN).

E-mail: 132.2002@alunos.unigran.br

Bárbara Backes: Fonoaudióloga graduada pela Universidade Feevale. Especialista em Transtornos do Desenvolvimento, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente, é pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtornos do Desenvolvimento (NIEPED), vinculado à UFRGS, e atua como fonoaudióloga clínica. Tem experiência clínica e acadêmica (docente e de pesquisa) na área do Desenvolvimento Sociocomunicativo Infantil, atuando, principalmente, nos seguintes temas: aquisição e desenvolvimento da linguagem, avaliação e intervenção no Transtorno do Espectro Autista, e regressão do desenvolvimento.

E-mail: barbara.edas@gmail.com

Denise de Matos Manoel Souza: Psicóloga. Doutoranda em Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Professora do curso de graduação em Psicologia da UNIGRAN.
E-mail: denise.manoel@unigran.br

Ester de Oliveira Cantanhede: Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).
E-mail: esterdioliveira@gmail.com

Felipe Maciel dos Santos Souza: Doutor em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento (PUC-SP). Professor dos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), vinculado a linha de pesquisa de Processos Comportamentais e Cognitivos.
E-mail: felipesouza@ufgd.edu.br

Fernanda Aparecida Piovesan: Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso, campus Cuiabá. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso, atuante na Linha de Pesquisa de - Processos de desenvolvimento e suas interfaces com a saúde psíquica. É formada como aplicadora ABA e atua em equipe multidisciplinar, realizando intervenções em contexto clínico com crianças autistas. Participou como extensionista do PET Saúde Interprofissionalidade entre os anos de 2019 e 2021.
E-mail: nanda_piovesan@hotmail.com

Gabriela de Lima: Psicóloga (Habilitações: Formação de Psicólogo, Bacharelado em Psicologia) pela Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM); Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD. Tem formação em Avaliação e Intervenção no Transtorno do Espectro Autista pelo Centro de Formação Espaço Interdisciplinar (CEFEI).
E-mail: psicologiagabrielalima@gmail.com

Henrique Cabral Furcin: Graduado do curso de Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Mestrando em Psicologia na UFGD. Integrante do Grupo de Estudos em Avaliação-intervenção Psicológica e Processos Inclusivos: Interfaces com a Educação e a Saúde (GEAPPI/CNPq). e do Núcleo de Atenção à Pessoa com Autismo (NAPA/UFGD).

E-mail: cabralfurcin@gmail.com

Isabella Santos Machado: Graduanda em Psicologia, pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Atualmente, atua como estagiária em avaliação psicológica de crianças com suspeita do transtorno do espectro autista, na Associação Pró-Autistas de São João del-Rei (ASPAS). Interessa-se por Avaliação e Intervenção em Transtornos do Neurodesenvolvimento e por Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro Autista.

E-mail: isabellamachado.psi@gmail.com

Júlio César da Luz Ferreira Filho: É graduado em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário de Várzea Grande (2013), fez pós-graduação em Estudos da Audição pela Faculdade Unyleya (2016), em Análise do Comportamento Aplicada pela Faculdade Unyleya (2021) e em Transtorno do Espectro Autista pela Faculdade CBI OF MIAMI (2022). É mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Mato Grosso. Atua como coordenador clínico e responsável técnico em uma clínica de desenvolvimento infantil na cidade de Cuiabá MT.

E-mail: luzfilho@yahoo.com.br

Kaio da Silva Barcelos: Licenciado e Bacharelado em Educação Física pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). (UNIGRAN Licenciado e Especialista em Análise do Comportamento Aplicada para Indivíduos com TEA (Faculdade Iguazu); Doutorando em Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Especial (GEPES) e do

Grupo de Apoio a Profissionais e Pais de Autistas (GEAPPA); Coordenador de Suporte Pedagógico em TEA do Serviço Especializado de Atenção Multiprofissional ao Autista (SEAMA/Unimed Dourados) e Técnico do Laboratório de Educação Física da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

E-mail: kaiobarcelos07@gmail.com

Kamilla Golin: Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

E-mail: kami.golin@gmail.com

Karine Valério Bernal: Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

E-mail: karine.bernal064@academico.ufgd.edu.br

Karolaine Santos Deleprani: Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). Mestranda em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), desenvolvendo pesquisas na linha de Processos Comportamentais e Cognitivos.

E-mail: psikarolainedeleprani@gmail.com

Lucas Delfino Araújo: Possui graduação em Psicologia (2012) e mestrado em Psicologia (2015) pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás com formação em Análise do Comportamento, especialista em neurociências, educação e desenvolvimento infantil pela PUCRS, especialista em neuropsicologia pelo IPOG. Tem experiência como professor e coordenador de curso de Psicologia, bem como psicologia clínica. Atualmente é professor do curso de psicologia da Faculdade Católica Dom Orione e psicólogo clínico em consultório particular.

E-mail: psicologo.lucas@gmail.com

Luiz Alexandre Barbosa de Freitas: Psicólogo pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Professor no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). É analista do comportamento com certificação de BCBA-D e QBA, é editor associado da Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC), diretor-presidente da Associação Nacional de Profissionais Analistas do Comportamento.

E-mail: luiz.freitas@ufmt.br

Marcela Gon Perez Scapin: Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

E-mail: marcelagon1924@gmail.com

Matheus Silva Prenassi: Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ. Membro do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (Geapap) da UFRGS. Atua na prática e supervisão de casos de avaliação psicológica e desenvolve pesquisas relacionadas aos transtornos do neurodesenvolvimento, especialmente sobre o transtorno do espectro autista e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

E-mail: psi.matheusprenassi@gmail.com

Mitchel Vilar Cardenas: Graduado do curso de Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Psicólogo. Mestrando em Psicologia no PPgPsi-UFMGD.

E-mail: mittchelvilar@gmail.com

Mônia Aparecida da Silva: Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), especialista em Avaliação Psicológica pelo Conselho Regional de Psicologia de

Minas Gerais (CRP/MG), mestra em Psicologia pela UFSJ, e doutora e pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora adjunta do Departamento de Psicologia e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ. Membro associada do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) e do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Desenvolvimento Infantil e Adolescente da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP).

E-mail: monia@ufs.edu.br

Monique Luzia de Souza: Formada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS. Mestre pelo programa de pós-graduação Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2018 - 2020. Atualmente é supervisora ABA no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uma clínica particular.

E-mail: monique.mls@hotmail.com

Morgana de Fátima Agostini Martins: Pós Doutora e Educação pela Universidad de Buenos Aires (Bolsista CAPES/CAFP UBA-UFGD), Mestre e Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR); Especialista em Desenvolvimento Humano e Processos de Ensino e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP); Licenciada em Psicologia e Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP); Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Especial (GEPES) e Coordenadora do Grupo de Apoio a Profissionais e Pais de Autistas (GEAPPA); Coordenadora do Laboratório de Desenvolvimento Infantil e Educação Especial (LADIES); Orientadora Técnica do Serviço

Especializado de Atenção Multiprofissional ao Autista (SEAMA/Unimed Dourados).

E-mail: morganamartins@ufgd.edu.br

Paulo Roberto dos Santos Ferreira: Professor do curso de graduação em Psicologia e Professor Permanente do PPgPsi/UFGD.

E-mail pauloferreira@ufgd.edu.br

Priscila de Carvalho Acosta: Graduada e Licenciada em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD); Especialista em Análise do Comportamento Aplicada para Indivíduos com TEA (Faculdade Iguaçu); Mestre e Doutora em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Especial (GEPES) e do Grupo de Apoio a Profissionais e Pais de Autistas (GEAPPA); Supervisora ABA do Núcleo de Atendimento Infantil (Expansão).
E-mail: prisciladecarvalho14@hotmail.com

Quezia Lara Gomes: Graduada em Psicologia pela Universidade de Cuiabá – UNIC, fez aperfeiçoamento em Psicologia Clínica na Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. É especialista em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) ao TEA. Em clínica particular atua como psicóloga junto a crianças com TEA em Análise do Comportamento Aplicada (ABA). É mestranda em Psicologia na Universidade Federal de Mato Grosso.

E-mail: quezialara@gmail.com

Rauni Jandé Roama-Alves: Docente Adjunto do departamento de Psicologia e do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, campus de Cuiabá. Mestre e Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Possui especialização em Neuropsicologia Aplicada à Neurologia Infantil e aprimoramento

em Psicopedagogia Aplicada à Neurologia Infantil, ambos pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Possui os títulos de especialista em Neuropsicologia e em Psicopedagogia pelo Conselho Federal de Psicologia. É graduado em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). É membro do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP), da Associação Matogrossense de Dislexia e integrante da equipe científica da Associação Brasileira de Dislexia. Participa do Grupo de Trabalho em Neuropsicologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). É líder do Grupo de Pesquisa do CNPq: Laboratório de Neuropsicologia e Avaliação Psicológica (NeuropsiLab).

E-mail: rauniroama@gmail.com

Regina Basso Zanon: Doutora em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Professora dos cursos de graduação e pós graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), vinculada a linha de pesquisas Processos Comportamentais e Cognitivos, coordenadora do Grupo de Estudos em Avaliação-intervenção Psicológica e Processos Inclusivos: Interfaces com a Educação e a Saúde (GEAPPI/CNPq) e do Núcleo de Atenção à Pessoa com Autismo (NAPA/UFGD).

E-mail: reginazanon@ufgd.edu.br

Renata Giuliani Endres: Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). É Especialista em Transtornos do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS.

E-mail: rgendres01@gmail.com

Stefany Moreira Silva: Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Integrante do ETAC-Extensão em Terapias Baseadas na Análise do Comportamento e

LabPAPE- Laboratório de Psicometria, Avaliação Psicológica e Educacional.

E-mail: stefany_lupi@hotmail.com

Vinicius Santos Ferreira: Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), mestrado em Ciências do Comportamento pela Universidade de Brasília e doutorado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), no qual, fez um doutorado sanduíche na Universidade de Nevada, Reno, nos USA, sob orientação do professor William Follette. Trabalhou como professor na PUC-GO e na Faculdade Alves Faria. Desde 2014 é professor efetivo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), no Campus de Paranaíba, onde leciona e orienta estágios, projetos de extensão e pesquisas sobre Análise do Comportamento.

E-mail: viniucius.ferreira@ufms.br

Esta obra é produto do compromisso de pesquisadores, estudantes e profissionais vinculados a diferentes universidades brasileiras com estudos e práticas que visam aprimorar as condições de acolhimento, avaliação, assistência e intervenções especializadas que atendam às necessidades de indivíduos com Transtornos do Espectro Autista e seus familiares, em diferentes contextos.