

GABRIEL ALVES NOGUEIRA

**TRANSTORNO DO ESPECTRO DO
AUTISMO: UM PANORAMA BASILAR**

UNIVERSIDADE DO VALE DO
SAPUCAÍ POUSO ALEGRE - MG
2023

GABRIEL ALVES NOGUEIRA

**TRANSTORNO DO ESPECTRO DO
AUTISMO: UM PANORAMA BASILAR**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Psicologia da Universidade do Vale do
Sapucaí, tendo como orientador e pesquisador
responsável o Professor Lucas Navaroli Ribeiro
Silva.*

UNIVERSIDADE DO VALE DO
SAPUCAÍ POUSO ALEGRE - MG
2023

Nogueira, Gabriel Alves.

Transtorno do Espectro do Autismo: Um Panorama Basilar / Gabriel Alves Nogueira – Pouso Alegre: UNIVAS, 2023.

f.53

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Curso de Psicologia, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2023.

Orientador: Prof. Lucas Navaroli Ribeiro Silva

1. Autismo. 2. TEA. 3. Psicologia.

Gabriel Alves Nogueira

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: UM PANORAMA BASILAR

**Monografia defendida e aprovada em 15/11/2023 pela banca examinadora
constituída pelos professores:**

Prof. Me. Lucas Navaroli Ribeiro Silva
Orientador

Prof. Me. Rita Helena Rezek Nassar
Examinadora

Prof. Edmara Barra dos Santos
Examinadora

"Porque fomos crianças antes de sermos homens, e porque julgávamos ora bem ora mal as coisas que se nos apresentaram aos sentidos, quando ainda não tínhamos completo uso da razão, há vários juízos precipitados que nos impedem agora de alcançar o conhecimento da verdade; e, de tal maneira, só conseguimos libertar-nos deles se tomarmos a iniciativa de duvidar, pelo menos uma vez na vida, de todas as coisas em que encontrarmos a mínima suspeita de incerteza"

(René Descartes)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	ESPECTRO DO AUTISMO E SUAS CARACTERÍSTICAS	10
3.1	PONTUAÇÕES CONCEITUAIS.....	11
3.2	ESPECTRO AUTÍSTICO: PROBABILIDADE OBSERVÁVEL	12
4	RISCO DE TEA ATRELADO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	17
5	DESENVOLVIMENTO INFANTIL E TEA.....	22
6	POSSÍVEIS INDICADORES COMPORTAMENTAIS EM FACE DO TEA..	27
7	INTRODUÇÃO AO PANORAMA COMPORTAMENTAL DO TEA	36
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
9	REFERÊNCIAS	41

Nogueira, G. A. (2023). *Transtorno do Espectro do Autismo: Um Panorama Basilar*. (Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia) Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, Pouso Alegre/MG.

RESUMO

O presente estudo teórico tem como objetivo traçar um esboço acerca do transtorno do espectro do autismo; porém, não apontando conceituações teóricas nem tampouco discorrendo acerca do que a doutrina e a prática clínica já consolidou; mas sim, apontando reflexões nos campos da psicologia que permitam um contato inicial com a questão outrora elencada, estabelecendo correlação entre as referidas áreas em prol de um seguimento acadêmico. De início, uma vez que se trata de uma pesquisa teórica, acadêmica e científica necessário se fez trazer o conceito de temas relevantes para a compreensão do estudo desenvolvido como um todo, apontando aqui o conceito de transtorno do espectro do autismo e semeando uma explicação teórica de temas da psicologia. Posteriormente, abordou pontos básicos acerca da hipótese diagnóstica de transtorno do espectro do autismo, ressaltando a observância de sinais e sintomas numa estreita correlação com o desenvolvimento infantil. Todo esse desenvolvimento teórico serviu para tratar breves pontuações acerca da atuação da psicologia, trazendo ainda uma reflexão sobre a psicoterapia e sobre a análise do comportamento, considerando uma atuação em prol do paciente em sua totalidade. Por fim, algumas reflexões conclusivas que cumprem o escopo informativo do presente estudo, e abrem margem ao aprofundamento necessário para posterior estudo e intervenção.

Palavras-chave: Autismo, TEA, transtorno do espectro do autismo, psicologia, comportamento.

Nogueira, G. A. (2023). *Autism Spectrum Disorder: A Basic Overview*. (Undergraduate thesis of Psychology Course), Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre / MG.

ABSTRACT

This theoretical study aims to outline an outline about the autism spectrum disorder; however, not pointing out theoretical concepts or talking about what the doctrine and clinical practice already consolidates; but rather, pointing out reflections in the fields of psychology that allow an initial contact with the issue previously listed, establishing a correlation between the referred areas in favor of an academic follow-up. At first, since it is a theoretical, academic and scientific research, it was necessary to bring the concept of relevant themes to the understanding of the study developed as a whole, pointing here to the concept of autism spectrum disorder and sowing a theoretical explanation of psychology themes. Subsequently, it addressed basic points about the diagnostic hypothesis of autism spectrum disorder, emphasizing the observance of signs and symptoms in a close correlation with child development. All this theoretical development served to deal with brief points about the performance of psychology, bringing a reflection on psychotherapy and on the analysis of behavior, considering an action in favor of the patient in its entirety. Finally, some concluding reflections that fulfill the informative scope of the present study, and open space for the necessary deepening for further study and intervention.

Keywords: Autismautism spectrum disorder, psychology, behavior.

1. INTRODUÇÃO

Discorrer acerca do transtorno do espectro do autismo traz à tona a necessidade de abordar acerca de um tema cada vez mais relevante e presente nas discussões científicas; porém, não somente entre os pesquisadores, educadores e profissionais da saúde, mas abarca toda sociedade que se defronta com as crescentes exposições acerca de tal transtorno do neurodesenvolvimento que afeta de modo significativo o crescimento e o desenvolvimento das crianças e jovens.

Porém, qualquer discussão ou pontuação acerca da questão já traz em si uma zona nebulosa de complexidade teórica, de saberes e práticas concisas e metodológicas que se encarregam de trazer teorias, atributos, peculiaridades, características e até mesmo técnicas interventivas; porém, sem a cautela necessária de apresentação dos conceitos mais basilares possíveis.

Diante de tal panorama, necessário se faz o total afastamento dos rigores teóricos que a academia assim exige para que, sob o enfoque de se traçar um trabalho introdutivo essencial, venha a apresentar um panorama basilar acerca do transtorno do espectro do autismo, introduzindo pontuações elementares através das quais, à posteriori, seja possível mergulhar no arcabouço teórico introdutório das demais obras, não se tratando de uma revisão bibliográfica teórica; mas sobretudo, oferecendo o que de mais elementar possa oferecer, ou seja, uma revisão introdutória para um tema de tamanha relevância e importância.

2. ESPECTRO DO AUTISMO E SUAS CARACTERÍSTICAS.

Diante da realidade na qual o espectro autista se trata de um transtorno, dentre muitos outros elencados na percepção da psiquiatria e da psicologia enquanto ciências, importante e necessário se faz pontuar a questão da ideia de transtorno, passando-se pelo viés da terminologia em si, diante do impacto que isso ocasiona não apenas ao sujeito, quanto também no meio social no qual se insere.

Ao observar um contexto histórico de desenvolvimento da sociedade em si, seus usos e costumes e sua cultura que variam conforme o lugar, constituindo uma pluralidade de povos de diferentes etnias, nota-se como quase uníssono o olhar de anormalidade em face dos sujeitos portadores de transtornos mentais, cujas atitudes e comportamentos fogem do que era esperado e não se amoldam ao que a sociedade estatui. Nessa realidade, historicamente observamos tais sujeitos serem adjetivados como “perigosos”, “doentes”, “anormais”, como se causador de malefícios aos demais. CÂNDIDO ET AL (2012) traz a visão da atuação da saúde mental no Brasil, através da qual tais sujeitos eram anteriormente confinados em sanatórios, sendo alguns inclusive acorrentados, constituindo-se numa prática desumana e ineficaz que demandou tanto a Reforma Psiquiátrica quando uma revisão do modelo assistencial de saúde mental que outrora era aplicado no país.

O que antes era tido como totalmente patológico, num olhar voltado somente ao processo de adoecimento psíquico, demandou a adoção de novos paradigmas através dos quais o sujeito pudesse ser visto em sua dignidade e integralidade, e não apenas rotulado como portador de determinado transtorno. A etimologia do termo passou a apontar, na verdade, uma condição anômala de comprometimento ou desordem psíquica e com o condão de causar sofrimento ao seu portador, haja vista que remete a determinada condição disfuncional. A ideia de anormalidade, obviamente, se vincula ao contexto sócio histórico e cultural cujos costumes, usos, padrões e normas (expressas ou, sobretudo, tácitas) traçam um padrão social de normalidade. Porém, importante apontar o constante desenvolvimento da ciência e aprimoramento de técnicas diagnósticas, interventivas e curativas que descrevem com a maior exatidão possível se determinado sujeito se incluí numa condição clínica normal ou patológica, a partir de determinados transtornos conhecidos e elencados (DALGALARRONDO, 2000).

A partir do diagnóstico em potencial de determinado transtorno, cabe uma intervenção multidisciplinar no sentido de regular e tratar as condições nas quais o sujeito se encontra, com o escopo de devolver o estado de saúde, de forma gradual, afastando o sujeito de uma condição patológica de existência.

2.1. Pontuações Conceituais

Ao apontar a conceituação do Transtorno do Espectro do (TEA), posteriormente referido no presente estudo como Autismo ou TEA, a definição da doutrina clínica relata se tratar de um transtorno ou alteração no desenvolvimento neurológico caracterizado por dificuldades no relacionamento, interação e comunicação social, observável também através de um repertório comportamental de interesses restritos e repetitivos por parte do sujeito. Apesar de haver estudos de que a intervenção precoce baseada em evidências de um possível desenvolvimento do TEA possa alterar o prognóstico e amenizar o futuro desenvolvimento de alguns sintomas no paciente, trata-se de uma patologia permanente e que gera impactos no desenvolvimento individual e coletivo do portador.

Reitera-se tratar o TEA como um transtorno do neurodesenvolvimento cuja característica é o fato de se tratar de uma situação ou condição invasiva que acomete mecanismos cerebrais de relacionamento interpessoal e socialização, externando-se em variações comportamentais heterogêneas na consonância dos diversos graus de acometimento, certamente de acordo com fatores etiológicos e da amplitude fenotípica dos familiares, o que propicia sua formação no sujeito. O prejuízo ora pautado é permanente, seja em maior ou menor grau, tanto na interação interpessoal e social quanto em alterações dos mecanismos de comunicação e padrões estereotipados de comportamentos e interesses (VOLKMAR, 2004).

KLIN (2006) aponta que as dissonâncias no comportamento do sujeito são perceptíveis sobretudo a partir dos três anos de idade e que entre 60 a 70 por cento dos portadores de TEA funcionam no limiar do retardo mental, sendo tal número provavelmente diminuto em face do maior conhecimento sobre as manifestações do autismo. Em termos para compreensão técnico-científica, o DSM-V, manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, em sua quinta edição (APA, 2014) classifica o transtorno do espectro autista como transtorno de neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social

observáveis em contextos variados, tais como na exteriorização emocional, redução afetiva, sobretudo em situações sociais nas quais se espera interação e reciprocidade, dificuldade na comunicação verbal e não-verbal variando desde o contato visual até a falta de expressão exteriorizada, dificuldade de comportamento, no que tange a criar uma situação de interação, manter e até mesmo compreender e participar de interações básicas, pautando-se na ausência de interesse socializante.

Ressalte-se que o DSM ainda aponta que a gravidade é tanto maior quanto for o déficit na interação e comunicação social, atrelado a padrões de comportamento limitados, restritos e repetitivos. Acerca de tais padrões, o que se espera de um sujeito para que possa se encaixar no diagnóstico clínico é, ainda, em caráter não-exaustivo, a apresentação de estereotipias no comportamento motor ou verbal, insistência rígida e prática ritualística fixada sobretudo em elementos que já compõem sua rotina e modo de vida, sofrimento intenso na ocorrência (ainda que mínima) de quebra de rotinas, interesse fixo e restrito nos próprios padrões, objetos e costumes, com forte apego tanto em intensidade quanto em foco; e, reação extremada ou mínima em face de estímulos sensoriais. Tais critérios são apresentados como um rol exemplificativo, não-taxativo, que devem estar presentes (dentre outros observáveis) e capazes de percepção clínica no desenvolvimento do sujeito ou quando a demanda de determinado comportamento exija dele uma reação que ultrapassa as próprias capacidades de resposta.

Ao se tratar do TEA, importante ainda mencionar que a conceituação baseia-se na necessidade de definição clínica, da forma mais precisa possível, de um distúrbio complexo e de características comuns e subjetivas a cada paciente, além do comprometimento das habilidades sociais e da estereotipia dos comportamentos observáveis. O acometimento abrange desde sujeitos com deficiência intelectual até aqueles com quociente de inteligência normal; podendo ainda se relacionar a outras comorbidades.

2.2. Espectro autístico: probabilidade observável

Trata-se de uma psicopatologia que abrange o autismo como forma comum de manifestação tal qual um transtorno de neurodesenvolvimento. SCHMIDT (2013) ressalta a presença de sinais e sintomas indicadores desde a infância, desenvolvendo-se em déficits nas dimensões sociais, comunicativas e comportamentais; as quais, por atuarem em unicidade no

sujeito, gera um comprometimento bastante significativo no aspecto qualitativo do desenvolvimento individual e social, restringindo o repertório comportamental do sujeito que passa a se valer da segurança advinda das rotinas, do previsível e até mesmo das estereotípias dos costumes, limitando consideravelmente a qualidade de vida e a abertura para novas possibilidades no transcurso da vida.

Desta feita, dentre outras correlações, as manifestações apresentadas pelo sujeito nos diversos estágios do desenvolvimento afetam o comportamento observável, vislumbrando as características outrora elencadas. As dificuldades comunicativas podem vir associadas ao atraso do desenvolvimento da linguagem oral, as dificuldades de relacionamento interpessoal pode vir associada à apatia, falta de reciprocidade e significativo comprometimento nas relações com os outros; e, o déficit comportamental acaba exigindo do sujeito um padrão rígido e estereotipado de condutas de acordo com o que lhe cause mais segurança. A gravidade (ou não) do TEA varia conforme o grau de determinados sintomas apresentados pelo paciente, numa análise pautada pela singularidade de cada sujeito cujos comportamentos sinalizadores sejam observáveis. (SANTOS & VIEIRA, 2017).

CARDOSO et al (2019) aponta que os sinais e sintomas podem ser observados logo após o nascimento, muito embora se mostrem mais consistentes entre os 12 a 24 meses. Apesar da observância de sinais precoces, geralmente o diagnóstico se dá na faixa de 5 anos de idade, onde a sintomatologia se mostra bastante evidente; o que, segundo o estudo em pauta, é tardio posto que a intervenção precoce permite o desenvolvimento gradual de ganhos significativos, com potencial de impedir uma manifestação mais agressiva do TEA, por questões de neuroplasticidade.

Dentre sinais e sintomas sugestivos, os mais comuns a serem observados no primeiro ano de vida são os que denotam a certa perda ou inexistência de interesse, ou interesse restrito em alterações ambientais, tais como sons, vozes, reagindo de forma indiferente aos estímulos sociais, baixo olhar na presença do outro, baixa atenção à presença humana, reciprocidade pobre, pouco engajamento social, dentre outros que indiquem um déficit, se comparado ao que era minimamente esperado para o comportamento do sujeito. O caráter multidisciplinar na identificação e compreensão dos sintomas demanda uma equipe coesa que permita a colaboração conjunta de cada qual em prol da unicidade no diagnóstico e melhor abordagem de tratamento a ser observada em cada caso. Varella & Amaral in Sella & Ribeiro (2018)

compreendem que, se tratando de um transtorno de espectro, com forte base genética, remete sobretudo a um continuum de uma amplitude de manifestações sintomatológicas e sinalizadoras marcadas pela variabilidade no acometimento e no prejuízo em diferentes esferas individuais e sociais ao sujeito.

Os prejuízos de interação social, atrelados às dificuldades qualitativas na comunicação, aos padrões de comportamento repetitivos e aos interesses restritos apontam ainda déficits na reciprocidade sócio emocional, na expressão e reconhecimento de sentimentos advindos das expressões de comunicação verbal e não-verbal, criando uma estrutura rígida e restrita que muito pouco permite a abertura para o contato com o outro e com o mundo, na qual o sujeito muitas vezes rejeita por considerar inadequadas de acordo com o seu repertório restrito. Desta feita, atrelado a movimentos estereotipados e rotinas ritualísticas, os interesses se restringem com constante hiperfoco em questões que considera essenciais (SILVA & MULICK, 2009).

Observáveis ainda na primeira fase do desenvolvimento infantil sinais e sintomas que denotam certo atraso em desenvolvimentos que eram esperados; tais quais, atraso na fala, baixa reciprocidade e respostas a estímulos que são lançados pelos pais ou outros sujeitos (tais como desvio do olhar, apatia, ausência de expressão ou sorriso que denote apreço ou aprovação ao olhar do outro), profunda irritabilidade em ambientes com barulho, fascínio por objetos incomuns, luzes, estereotípias vocais e motoras e adesão às rotinas e aos rituais, sem abertura relevante à interações sociais. A partir do crescimento, por volta dos dois anos de vida, os sinais se consolidam e se tornam mais perceptíveis, como a hipersensibilidade gradual a estímulos sensoriais (sobretudo auditivos), dificuldade no brincar de forma espontânea (sobretudo com outras crianças), dificuldade de formação imaginativa de brincadeiras baseadas na criatividade, com ou sem brinquedos, dificuldades psicomotoras e de fala, tanto na verbalização quanto na construção de frases que acabam por qualificar o discurso como quase incompreensível (VIEIRA & BALDIN, 2017).

Numa observação à posteriori dos critérios clínicos para definição de sinais e sintomas, numa posição ampla, percebemos déficits no padrão de desenvolvimento como um todo, com relevância cognitiva, comunicativa e nas relações interpessoais e com o meio. A observação por esse viés permite uma observação mais apurada e sistemática a partir da criança em seu mundo, aqui definido como a realidade familiar e social na qual ela se encontra imersa. Ao abordar a criança como hipersensível, é de se esperar que os pais ou familiares sejam os

primeiros a observar situações diferenciadas que causam estranheza no comportamento da criança, e que isso os possa conduzir a indagar acerca da necessidade de buscar anamnese especializada para o caso em tela (CUNHA et al, 2021).

ROCHA *et al* (2019) estabelece interessante correlação entre o aumento de casos de TEA observados a partir do desenvolvimento e aplicação de instrumentos de diagnóstico mais apurados e precisos, tanto no campo da psicologia quanto das demais ciências. Daí a real necessidade de uma abordagem multidisciplinar de modo a compreender o diagnóstico e apurar a melhor forma de atuação em determinado caso concreto. Não se exclui a subjetividade do sujeito nem tampouco as condições do núcleo biopsicossocial do qual ele provém; mas, se considera tais fatores no planejamento da melhor forma de intervenção, que se torna quase como exclusiva para cada paciente. Considerando a relação entre a constituição do sujeito, o contexto de onde ele provém, as relações familiares e demais elementos constitutivos, programas de intervenção podem retardar o agravamento de sintomas mais expressivos quanto mais precocemente forem analisados e aplicados; porém, quanto mais tardio possa ser o diagnóstico, a estrutura autística mais estará constituída nos sintomas subjacentes, com maior severidade e rigidez dos comportamentos estabelecidos.

O diagnóstico precoce exige dos profissionais das diferentes áreas um conhecimento profundo dos critérios clínicos do transtorno, de modo a permitir a adoção de estratégias de intervenção a longo prazo. No Brasil, na visão de SANTOS et al (2015), a precariedade dos serviços de saúde básicos, atrelado a alta demanda de especialistas e ao alto custo de profissionais da rede privada se tornam empecilhos para que haja tanto uma intervenção cada vez mais precoce, quanto o tratamento da forma mais adequada, contínua e eficaz. Não se trata, sobretudo, apenas de uma cultura de medicalização; mas, de desconhecimento e impossibilidade de acesso amplo à profissionais de outras áreas que podem trabalhar o paciente de acordo com o protocolo interventivo. Tais fatores apenas reforçam a cronificação do quadro, ao passo que permitem o desenvolvimento de uma sintomatologia difusa que acaba por ser ignorada, a longo prazo, pela família e pela sociedade.

SCHMIDT (2013) descreve que o diagnóstico de uma criança portadora de TEA retira dos pais e familiares a imagem estabelecida do que seria o filho ideal, lançando-os numa espiral de incertezas quanto ao futuro da criança e o impacto da situação no contexto familiar. A instabilidade provoca sentimentos difusos nos pais, desde o luto, quanto a negação, raiva, culpa,

até que percebam a necessidade de aceitação e busca por soluções com respaldo clínico e científico que assegurem sua eficácia. Quanto mais a família se abre à compreensão acerca das reais necessidades do portador de TEA, melhor deveriam buscar aperfeiçoamento para colaborar no processo terapêutico como um todo. Uma vez que não existe cura para o TEA, o tratamento caminha no sentido de minimizar os déficits em função do contexto de cada paciente e de acordo com seu nível de desenvolvimento. De forma eficaz, busca-se um desenvolvimento comunicativo e de construção e manutenção de relações interpessoais, aprimoramento na capacidade subjetiva de encarar e lidar com questões que possam representar um problema, minimizar as reações e comportamentos disfuncionais e empoderar em prol da abertura para novas oportunidades em prol de uma melhor qualidade de vida.

3. RISCO DE TEA ATRELADO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Uma vez delineado a conceituação de TEA, importante apontar acerca dos indicadores de risco para o desenvolvimento do respectivo transtorno, num rol não taxativo que expressa sinais de atenção que podem ser percebidos em cada caso em questão. Apontar o transtorno como um espectro justifica a necessidade de abordar esse tema justamente pelo fato de que um espectro não direciona o observador a um ponto central e decisivo através do qual se observa determinado fenômeno; mas, denota um limiar que transita em torno da questão central (no caso, o diagnóstico do TEA) a partir de diversas nuances que se fazem perceptíveis como sinalizadoras da possível existência do transtorno, variando por si só em cada caso particular em intensidade e peculiaridade.

Conforme já evidenciado, quanto mais cedo pudesse se dar o diagnóstico, em teoria, mais cedo se iniciaria uma intervenção eficaz e, por conseguinte, minimização da heterogeneidade das características atípicas, contribuindo para um crescimento e desenvolvimento do sujeito onde os déficits comunicativos, sociais, os padrões rígidos e restritos de comportamentos, interesses e atividades fossem minimizados. Quanto mais o tempo passa, mais os padrões disfuncionais vão se consolidando no repertório do sujeito e na constituição biopsicossocial como um todo.

A vasta gama de informações divulgadas pelas mídias e pela internet tanto permite aos familiares obter conhecimento e informação acerca do conceito, características e sintomas do TEA, quanto também criam uma zona nebulosa para a melhor forma de abordar os sinais de risco para o transtorno, levando muitas vezes ao erro no modo através do qual o sujeito lida com a situação em si. Ignora-se, por conseguinte, a construção do quadro clínico tal como uma junção complexa e heterogênea de sinais e sintomas os quais, apesar de não possuírem causa definida, acaba por também ignorar o sujeito tanto nos aspectos sinápticos e neuronais quanto em sua constituição biopsicossocial, levando ao erro em buscar intervenções sem validade científica baseado em explicações mágicas, achismos e verdades extraídas do senso comum (WHITMAN, 2015).

Em face de o primeiro vínculo ser formado entre o sujeito e os seus genitores ou, em muitos casos, cuidadores, é comum que notem no comportamento certas peculiaridades que

possam ser apontadas como discrepantes, se comparado ao normal esperado e/ou observado em demais sujeitos. Tal percepção pode-se dar desde bebê, sendo mais comum a observação a partir do crescimento, pois apresenta o desenvolvimento como sendo, em tela, deficitário. LAMPREIA (2009) enuncia a visibilidade de sinais do espectro do autista em déficits emergentes, no transcurso do desenvolvimento infantil, variando desde bebês com baixa atenção e interesse visual e indiferença no contato com outro sujeito em qualquer esfera do intercâmbio sociocomunicativo esperado para a idade, até sinais mais claros a partir do crescimento.

Observar os sinais de risco para o espectro exige uma depuração subjetiva no sentido de compreender o que no comportamento pode indicar uma discrepância em relação ao que seria esperado e previsível. Desta feita, a oitiva dos pais e cuidadores traz em si importância pela capacidade de apontar questões que são observadas no cotidiano, além da observação clínica que é pontual, diretiva e capta o sujeito tal qual ali se apresenta. Os comportamentos desviantes não carecem, a priori, de serem compreendidos, interpretados ou até mesmo punidos; mas, carecem de uma observação daqueles que convivem com o sujeito, posto que em consultório podem nem mesmo se mostrarem presentes. A falta de definição objetiva para os critérios em sua totalidade não pode abrir margem para que todo e qualquer sentimento (ou ausência de) necessariamente precise ser tratado de imediato, pois o quadro clínico é uma construção ampla e aberta que também percebe e inclui demais fatores e sintomas.

Partindo da família, tal observação pode representar tanto uma medida eficaz no sentido de permitir que a criança seja conduzida para o diagnóstico e intervenção de forma precoce, quanto pode representar ainda um entrave ao processo em si. Muitas são as famílias que negam a problemática em si, associando o comportamento à timidez, modo de ser, manias desnecessárias, agressividade como indisciplina, dentre outras correlações entre critérios diagnósticos e senso comum; ao passo que outras famílias observam a vulnerabilidade da criança e estabelecem ao redor dela uma redoma de superproteção, evitando interações sociais sob a alegação de proteção e defesa em face de uma realidade na qual a criança possa se tornar vulnerável às condições hostis do meio. Muitos contextos sociais e familiares apenas rotulam a criança como sendo, vulgo, o autista, não oferecendo condições sérias para o tratamento por extraírem daí certa vantagem ou até mesmo um pseudo status advindo da situação; e, ainda, muitos profissionais de saúde não dispõem de preparação e conhecimento amplo a fim de orientar acerca do tratamento em sua multidisciplinariedade, a partir da cultura da

medicalização que impera no contexto social (WHITMAN, 2013).

Quando a observação advém da escola, geralmente ocorre a partir de algum problema de comportamento ou de aprendizado; porém, não desponta como primeira hipótese diagnóstica. Por muito, os estereótipos advindos do senso comum acabam taxando a criança como “problemática” antes de atribuir ao caso uma visão mais apurada para o que se considera um problema no sentido de que destoa da harmonia que se espera no processo de ensino e aprendizagem. Como atualmente desenvolve-se aos poucos no contexto social a percepção de que a infância é uma fase dotada de particulares para o desenvolvimento ideal do sujeito, suas discrepâncias comportamentais passam a exigir uma percepção mais apurada das causas que refletem tal forma de resposta. Evidencia-se a tendência de perceber, compreender, interpretar, escutar e auscultar a criança na linguagem verbalizada e não-verbalizada, como corolário à percepção de sinais e sintomas do TEA, posto que se viabilizaria um lógico encadeamento dedutivo com o observável e o suposto para o caso (FRANCÊS & MESQUITA, 2021).

Em caráter informativo, podemos correlacionar os dois núcleos observadores em potencial com a faixa etária em torno dos cinco anos em que, em média, ocorre o diagnóstico (ZANON, BACKES & BOSA, 2017), levando-nos a conclusão de que é na escola, e a partir das demandas da instituição escolar, que os sinais e sintomas de risco para o TEA são mais bem percebidos. SILVA (2009) discorre acerca dos estereótipos que antecedem o diagnóstico (e muitas vezes também o sucedem), e que rotulam a criança: seja antes do diagnóstico, onde são tidos como mal-educados, raivosos, lerdos e preguiçosos; seja depois do diagnóstico, onde são tidos como doentes e até mesmo incapazes, não sendo mais culpados pelo próprio comportamento; mas, vistos de modo inferior, ou como quase dignos de pena. As rotulações são entraves ao processo de desenvolvimento do portador de TEA, pois afetam a autoestima e podem gerar até mesmo exclusão de ambientes sociais escolares, onde o preconceito se reveste de uma pseudoproteção.

Tornou-se o transtorno do espectro do autista um mecanismo secundário à necessidade de adequação da criança ao meio, por qualquer custo? Isso remete à análise de até que ponto a observação dos sinais de risco, que levariam a uma compreensão do sujeito em sua singularidade, passaram a uma necessidade de moldar o sujeito aos parâmetros sociais, implicando num sutil silêncio do que antes despontava como sintoma. Partindo do pressuposto social de que os diagnósticos de ordem psíquica carecem ser “curados” uma vez que extrapolam

a fronteira do que é normal e aceitável de acordo com padrões extrínsecos advindos da construção cultural, pesa sob os portadores de qualquer transtorno o fardo de serem tidos como sujeitos que estão à contra mão do que é esperado e estabelecido, de forma que, outrora segregados, atualmente possuem o dever e necessidade de serem regulados a partir dos métodos das diversas ciências (SOUZA & ROSE, 2006). No caso específico do TEA, na visão do senso comum, a falta de definição pontual e exata de um agente marcador ou estrutura que possa ser evidenciada de modo clínico à consolidar como cristalizado o diagnóstico leva que a sociedade suponha, de forma errônea, que quaisquer dificuldades de aprendizado, ou hiperatividade, ou hipoatividade, dentre outras sintomatologias ou até mesmo estados de animo que são comuns aos sujeitos possam ser tidos como patológicos e indicadores de um quadro clínico, sobretudo de um transtorno em evidência como é o caso do TEA.

Um laudo que apresente o diagnóstico do TEA, muitas vezes, desponta como uma sentença transitada em julgado onde os sinais à serem observados passam a ser secundários em face do peso da autoridade clínica que ali fechou o diagnóstico. Infelizmente muitos pais veem nisso campo aberto para situações que consideram privilegiadas, como o sentimento de pertença a grupos de apoio, subsídios escolares e estatais, mecanismo de defesa e de grandeza ao ostentar o título de “pai/mãe de autista”, deixando a criança na irrelevância da sua singularidade. Em tal viés, por questões de praticidade, aderem à medicalização do sintoma como exigência familiar, escolar e social de silenciar os comportamentos discrepantes e não aceitam protocolos de anamnese que venham a levantar dúvida em face do quadro clínico (TIMIMI et al, 2004). O que vale, in casu, é que a criança se amolde a fim de não violar as regras do meio, sendo estabelecida a necessidade de controla-las, tornando o transtorno uma solução viável para o rígido exercício de tal controle.

Apesar de que a observação dos sinais fornece um amplo repertório através do qual a equipe multidisciplinar possa trabalhar no sentido de apurar a melhor forma de intervenção para as situações específicas, com o concomitante mapeamento à ser usado para evidenciar progresso ou retrocesso no tratamento como um todo, muitas vezes se tornam totalmente irrelevantes pois a família opta majoritariamente apenas pelo tratamento medicamentoso, seja pelo custo do processo terapêutico, seja pela facilidade em apenas e tão somente ministrar a medicação que, com efeito potente e rápido, mascara o sintoma e torna o paciente melhor adaptável ao seu redor (CONRAD & SCHNEIDER, 1992). O biologicismo coloca a figura do profissional de medicina como dotado de fala soberana, que se sobrepõe a quaisquer outros

profissionais de outras áreas, ainda que estes se utilizem de técnicas científicas válidas e instrumentos de testagem e intervenção com indicativos precisos acerca da condição do avaliando. Há, ainda, a difusão dos deveres e responsabilidades acerca dos pacientes, seja dos pais para a escola e destes para a figura médica ou a outros profissionais de saúde e educação especializados, pois o diagnóstico trouxe à luz aquilo que outrora pairava sob o desconhecido.

4. DESENVOLVIMENTO INFANTIL E TEA

O desenvolvimento saudável do sujeito perpassa por um processo contínuo de construção através da organização gradual de sua estrutura desde as necessidades mais básicas até as mais complexas da existência. Não excluindo a concepção de sujeito como biopsicossocial, que partilha e comunga dos critérios e fatores que o rodeia, cada sujeito se desenvolve em uma singularidade, estruturando-se como fator do exercício da própria subjetividade tanto para si quanto para uma exteriorização da existência. Dotado de capacidade racional e pensante, a interação adquire um papel de aprendizado dos usos ao seu redor, geralmente tolhidos de acordo com as próprias peculiaridades.

Tanto a adolescência como a fase adulta e a velhice existe a partir da constituição do sujeito, que se inicia na infância. É ali que, percebendo e sendo percebido pela realidade circundante, o sujeito que nasce passa a ser inscrito em consonância com o que lhe rodeia, a partir da forma de respostas aos estímulos que constantemente e naturalmente incidem sobre ele. Faz prova de tal explanação a inscrição do sujeito no campo da linguagem falada, adquirindo os mesmos vocábulos usados no núcleo social de onde surgiu, e a partir dos estímulos advindos dos falantes ao seu redor que lhe proporcionaram a capacidade de associação entre algo e determinada sonoridade que o representa.

É na infância que o modelo biopsicossocial passa a exercer influência na modelagem da arquitetura cerebral, exigindo a compreensão das peculiaridades de tal estágio de desenvolvimento, atrelado às condições favoráveis para o pleno desenvolvimento infantil, inscrevendo o sujeito a partir dos cuidados exercidos no dia-a-dia. Por conseguinte, temos em tela o autismo como um transtorno comportamental através do qual o limiar do processo de desenvolvimento infantil se encontra distorcido, considerando para tal uma série de anormalidades no desenvolvimento a partir da dificuldade elementar de expressar sinais de relacionamento interpessoal, obviamente de acordo com o que seria esperado para cada idade em particular.

KANNER (1943) já apontava tais anormalidades como numa tríade de déficits; a saber, com prejuízo qualitativo na interação social, na comunicação verbal e não verbal (incluindo

aqui a capacidade lúdica) e em comportamentos e interesses cristalizados, restritos e repetitivos. Para o autor era necessário assumir que tais crianças sofriam com uma incapacidade inata de relacionamento emocional tal qual havia crianças com outras incapacidades inatas, como deficiências físicas e distúrbios cerebrais. Apesar de observar em seu contexto isolamento social e falta de afetividades nas famílias das crianças analisadas, não atribuiu a isso como sendo fator determinante para a estruturação do transtorno enquanto patologia. Posteriormente, supôs o desenvolvimento do autismo como consequência da depressão materna; a qual, incapaz de envolver-se emocionalmente com o bebê, estabelece aí uma forma de inibição à criança (KANNER & EISENBERG, 1956).

Concebendo a criança como ser social, do início da vida até por volta dos três a quatro anos esta se encontra imersa no ambiente familiar, sendo a primeira forma de contato com o que seria o mundo. O sujeito nasce na condição de total dependência aos cuidados oferecidos pelo outro até que, aos poucos, possa adquirir recursos autônomos. AGUIAR (2014) aponta que a partir da introjeção que o bebê irá aprender a construir o conhecimento de si e do mundo, até porque, tudo que lhe fora apresentado se constituiu como a única forma de conhecer e perceber o mundo e lhe atribuindo segurança, sobretudo relativa a sensação de cuidado, proteção e segurança. Prossegue o autor no sentido de que, a partir do crescimento, é esperado que desenvolvesse a percepção que a diferencie do outro, e passe a questionar o que antes vinha passivamente do ambiente, num processo de autonomia onde passa a exercer uma discriminação criativa, não mais recusando o que vem de fora como antes fazia; mas, exercendo a experimentação do que é novo a fim de transformar o que é do meio para a satisfação de suas necessidades.

Ainda considerando a criança imersa na estrutura familiar, o desenvolvimento da linguagem desponta como sendo uma forma elementar e necessária para socialização da criança naquele meio, no sentido de poder expressar e compartilhar práxis que a incluam naquele nicho (BORGES & SALOMÃO, 2003). É uma empreitada complexa para o sujeito em formação, posto que deverá desenvolver não apenas a dominância linguística dos signos e fonemas, mas a significação cultural e a forma como as falas são ordenadas e estruturadas para que possam trazer sentido. A linguagem se torna instrumento socializante e impulsiona o desenvolvimento dos demais objetos de sentido, pois atribuí status e sensação de pertença a determinado grupamento social.

Já no ambiente escolar, a criança se depara com outro núcleo naquilo que tange à experiência social. Aqui, fundamental se faz a necessidade de postura ativa no tocante à interação com o outro, de modo a associar e assimilar criativamente informações a fim de construir seus repertórios singulares. Apesar das relações serem reguladas pelas atividades propostas pelos adultos em cena, as ações da criança se tornam mais presentes e espontâneas quanto mais lhe for conferida a possibilidade de autonomia e escolha no ambiente escolar. Compreende-se sobretudo a premissa de que a criança aberta às experiências no contexto escolar buscam formular e compreender as questões através das quais vivenciam na relação com outras crianças de tal contexto; ou seja, abre margem para a socialização mobilizando a necessidade de correlação com questões do passado (ainda que recente), do presente e das expectativas do futuro nas questões simples que ali são tratadas.

Até aqui, discorrendo tais breves pontuações acerca da criança no contexto familiar e escolar, vislumbrou-se que são seres sociáveis que são naturalmente inseridos em contextos sociais preestabelecidos onde o desenvolvimento da linguagem e da interação com o outro demanda uma amplitude de possibilidades necessárias à assimilar o mundo circundante e influenciar e ser influenciado pelo meio (CORSARO, 2002). A criança tanto necessita atuar quanto protagonizar as interações, demandando, por conseguinte, ferramentas que não se encontram plenamente acertadas no portador de TEA.

Na família, o diagnóstico de TEA acaba gerando um impacto advindo da insegurança e das alterações na vida e na rotina dos pais e familiares uma vez que partem do pressuposto de que a criança irá demandar uma atenção maior e mais diferenciada para seu desenvolvimento, sobretudo no que tange à dificuldade de comunicação verbal e não verbal, a interação social tanto com os pais quanto com os irmãos e demais parentes e amigos da família, e na restrição de círculos de interesse que podem divergir daqueles cuja amplitude é maior para a família como um todo. A dificuldade se amplia em face da necessidade de lidar e até mesmo em prever a forma de atuação em face dos movimentos estereotipados e dos maneirismos, a labilidade do temperamento e o padrão intelectual por vezes variável (PINTO et al, 2016).

É possível, em tela, extrair a premissa de que o reconhecimento dos sinais e sintomas do espectro, atrelado à abertura da família para tratar acerca da questão, é um fator essencial através do qual a intervenção precoce poderá promover uma melhor constituição da criança enquanto sujeito. O tratamento com intervenção precoce, quanto mais logo for iniciado, mais

se beneficiará da capacidade cerebral de estabelecer novas conexões e vínculos em benefício do paciente.

A ideia de que a criança irá demandar uma atenção especial e diferenciada exige ajuste familiar, adaptação nas condutas como um todo, desencadeando por vezes estresse e frustração diante de situações de crise ou de incerteza quanto ao melhor modo de reação diante de uma eventual possibilidade. A realidade social aponta para um diagnóstico um tanto quanto tardio, por volta dos 5 anos em média, haja vista que o sistema acaba postergando a celeridade que era esperada para uma intervenção mais imediata e pontual. Daí em diante a família passa a encarar a dificuldade de um serviço público célere e eficaz, sendo causador de sofrimento psíquico, sobretudo em face da demora e dos altos custos de profissionais da rede privada. A preocupação com a criança passa a se tornar por vezes prioridade no contexto, respaldada pela excessiva necessidade de superproteção daquele que se mostra vulnerável.

A escola regular parte do pressuposto da inclusão tanto como ferramenta de socialização do aluno portador de TEA em relação aos demais, e destes com o aluno, surgindo como meio de estímulo para a criança portadora de TEA, na possibilidade e necessidade de ampliar suas interações sociais e promover um melhor desenvolvimento como um todo. GOMES & MENDES (2010) ressaltam que a inclusão não se trata de, apenas, uma socialização; mas, deve servir como mecanismo para o aprendizado dos conteúdos ministrados, exigindo, por conseguinte, conhecimento dos professores no que tange ao TEA e suas peculiaridades. As peculiaridades espectrais tornam o processo complexo em virtude dos déficits que precisam ser superados pelo educando e pelos educadores, sobretudo na área de comunicação e socialização; porém, dependendo da intensidade do transtorno, em muito são capazes de extrair do meio escolar ferramentas à serem usadas de forma contextual na própria vida social (PIMENTEL & FERNANDES, 2004).

Não obstante a inclusão escolar, situações de bullying costumam se apresentar, geralmente gerando desconforto e intimidação ao aluno portador de TEA. FALCÃO, STELKO-PEREIRA & ALVES (2021) aponta que o comportamento peculiar hostilizado através da violência física ou psicológica podem agravar os sinais de TEA, desencadear crises, atitudes hostis, desesperadoras, até mesmo violentas; e, inclusive, levar o aluno ao suicídio em face da angústia advinda das agressões recorrentes. Não apenas bullying, mas também a exclusão social são mais observados em escolas regulares do que em escolas especiais, onde os portadores de

TEA acabam por ser deixados à margem das convivências com outros colegas da mesma faixa etária, indo à contra mão da ideia de inclusão outrora estabelecida, levando ao desinteresse em frequentar o ambiente escolar regular em prol de permanecerem no quarto ou noutra ambiente onde se sintam seguros.

Importante trabalhar a possibilidade do desenvolvimento de atividades que possam ser benéficas e dinâmicas à criança portadora de TEA, como instrumento de desenvolvimento de novas habilidades e amplitude do quadro de interesses ora restrito. Aqui, não apenas se incentiva o interesse por atividades lúdicas e variadas, mas permite com que elas possam auxiliar no desenvolvimento de capacidades cognitivas, sensório-motoras, emocional e social (MOURA, SANTOS & MARCHESINI, 2021). Atividades físicas, artísticas, esportes, dança, musicoterapia, são opções válidas naquilo que tange à ampliação do repertório da criança, cuja dinâmica é atrativa no envolvimento do sujeito com a atividade como um todo.

Por fim, naquilo que tange ao desenvolvimento infantil do portador de TEA, o crescimento naturalmente implica no início da pré-adolescência e da puberdade; o que, por si só, se apresenta como uma fase complexa tanto pelas questões de desenvolvimento físico, hormonal, e de instabilidades advindas do processo como um todo. É fato que a puberdade segue neles os mesmos estágios normais de surgimento e desenvolvimento; e, atrelado ao fato de que possuem necessidades sexuais, necessário se faz trabalhar uma correta compreensão do próprio corpo, atrelada a uma estabilidade e desenvolvimento emocional, como forma de evitar que decorra daí um comportamento sexual impróprio que os coloque em estado de risco, tais como risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, de abusos sexuais, ou de lidar com dificuldade com o desejo sexual, excitação, chegando ao ponto de praticar masturbação em público ou demais situações que denotam desconhecimento de consciência social e sexual (CIVIDINI-MOTTA, 2017).

Em teoria, é dos pais e responsáveis a necessidade de abordar temas que são importantes na constituição dos filhos enquanto sujeitos; porém, o contexto social gira em torno de temas que são tidos como tabus, cujo pseudomoralismo impede de abordar de forma amigável e clara. No caso dos filhos portadores de TEA, soma-se ainda estereótipos através dos quais deduz-se falsamente que eles não entenderiam; ou que não passam pelas mesmas angústias dos demais jovens, como por exemplo o desenvolvimento sexual. BRILHANTE et al (2021) bem enuncia a questão de que os pais partem do princípio que os filhos autistas são e serão eternas crianças, o que denota uma inverdade.

5. POSSÍVEIS INDICADORES COMPORTAMENTAIS EM FACE DO TEA

Uma vez abordado o TEA nos principais aspectos que permitem sua identificação, além de analisadas pontuações acerca do desenvolvimento infantil e da observação de possível risco para o espectro do autismo, necessário se faz perceber, através dos comportamentos observáveis, sinais precoces que possam vir a indicar a possibilidade de TEA em determinado sujeito.

Considerando o comportamento observável como ponto de partida através do qual poderíamos (ou não) extrair indicadores para o transtorno do espectro do autista, este se torna objeto de estudo primordial caracterizado pela observação, mensuração e com capacidade de ser reproduzido em diferentes situações correlatas. É em SKINNER (2000) que o comportamento adquire importância e conteúdo pelo fato de poder ser observável, mensurável, sem excluir questões subjetivas encobertas. Analisar o comportamento dá margem à compreensão de como determinada ação ou omissão se instaurou no repertório do sujeito, encontrando a raiz da funcionalidade de cada comportamento a partir da compreensão de fatores determinantes em sua constituição. A análise do comportamento, in casu, parte da premissa de que haveria ordem e regularidade no comportamento do sujeito, o qual se tem como objeto de estudo e observação de caráter objetivo buscando, sobretudo a identificação dos constructos que possibilitam tais ações e reações individuais sob o contexto.

O comportamento como elemento diagnóstico para o TEA, pois demonstram sinais de desenvolvimento infantil, que perpassam pelos elementos de expressão falada e não falada, como olhar, gestos, relações com objetos, com pessoas, expressões emocionais, corpóreas, faciais, dentre outras cujas peculiaridades podem levantar a possibilidade de que a criança possa ser portadora do transtorno do espectro do autismo (Reis et al, 2016). A indicação de sinais ainda de forma precoce (como antes dos três anos), abre campo para intervenção precoce que sirvam como estímulos à constituição biopsicossocial da criança, minimizando futuramente sintomas exteriorizados em comportamentos mais disfuncionais e agressivos.

É de se esperar que a criança, após o nascimento e a partir daí, apresente uma grande sensibilidade aos estímulos do meio, tanto no desenvolvimento e experimentação dos sentidos quanto das sensações que lhe são provocadas até mesmo de forma natural, tudo com base na

grande novidade que lhe é a existência. Os sentidos se encontram em fase de amadurecimento e o constante incentivo propicia um desenvolvimento eficaz e saudável. Tendo como base as Diretrizes de atenção à Reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (BRASIL, 2014), emitido pelos órgãos de saúde competentes, temos orientações acerca do cuidado à saúde do paciente portador do TEA, com impacto das diretrizes no contexto familiar do paciente.

As diretrizes supramencionadas elencam sinais e sintomas a serem observados no paciente até a idade de três anos, levando em consideração que até esse período a maior plasticidade da anatomia cerebral propicia um campo aberto para estabelecer novas conexões neurais em prol de conduzir a criança a uma melhor constituição psicossocial. Apesar de benéfico, é fato que nos bebês e nas crianças pequenas, quanto mais novas, mais inespecífico pode se demonstrar o sintoma, razão pela qual cabe à equipe multidisciplinar uma profunda anamnese, minimizando a possibilidade de promoverem um diagnóstico precipitado.

Conforme se elenca nas diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa portadora de TEA, na idade de 0 a 6 meses de vida, é esperado que a criança, no âmbito da interação social, apresente em seu desenvolvimento básico a resposta de buscar e acompanhar com o olhar a atenção e o contato visual com o seu cuidador (até os três meses); e, posteriormente, se interesse mais às pessoas do que brinquedos ou objetos atrativos. Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA, possuem certo desinteresse ou déficit na frequência da referida atenção, tendo uma tendência maior ao interesse por objetos.

No que tange à linguagem, ainda no período de 0 a 6 meses de vida, é esperado que a criança se interesse pelas expressões de linguagem que observa advinda da fala humana, vindo a reconhecer a fala do seu cuidador por volta dos três meses de idade, tal como estímulo que ela responde com expressões faciais e/ou corporais. Apesar dos sons externos estimularem por vezes reação de susto, choro, em ambos os casos as reações expressadas pela criança ainda se limita a balbucios aleatórios, gritos ao se deparar com a presença do outro, ou de algum estímulo (sobretudo visual) que lhe denote certa surpresa, pairando ainda do choro aleatório e indiscriminado para um choro para um choro mais relacionado às suas necessidades enquanto sujeito, como fome, dor, etc., de acordo com o próprio estado de incômodo. Até o sexto mês é esperado da criança um refino nas expressões sonoras, associando-as de forma mais apurada aos fatos que vislumbra entre si e ao seu redor. Já a criança com possíveis sinais de atenção

para o TEA ignora, no todo ou em parte, tais questões, apresentando baixa resposta aos estímulos outrora mencionados, podendo pairar entre o silêncio ou gritos desconexos sem estímulo aparente, e com choro inespecífico, chegando a crises de choro duradouras e sem relação com uma causa definida.

No que tange ao brincar, ainda no período de 0 a 6 meses de vida, é esperado que a criança exerça domínio sob os brinquedos e objetos que os toma com tal finalidade, explorando suas funções e atribuindo funções no sentido de tornar aquilo agradável e interessante. Insta salientar que é comum que as crianças adotem com caráter lúdico objetos cuja função em nada se relaciona ao ato de brincar, como caixas coloridas, colheres, pratos, dentre outros de acordo com a sua atual capacidade criativa. Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA apresenta pouca atitude exploratória dos brinquedos e objetos que lhe são dispostos, demonstrando atitude de certo desinteresse ao que lhe é apresentado.

No que tange a alimentação, ainda no período de 0 a 6 meses de vida, é esperado que seja um momento de satisfação perceptível aos olhos do observador. Desde a amamentação até posteriormente com alimentos, as reações apresentadas pela criança denotam a excitabilidade do paladar ao que lhe é agradável. Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA aparenta o contrário, pairando pela apatia, sem intensa demonstração quase que afetiva.

No transcurso do desenvolvimento infantil, conforme se elenca nas diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa portadora de TEA, na idade entre 6 a 12 meses de vida, certa maturação dos sentidos envolve uma maior participação da criança como sujeito em suas próprias condições individuais e de mundo, o que se apresenta em déficit na criança com possíveis sinais e sintomas para o TEA. No que tange a interação social, que é um fator relevante para o mecanismo de senso percepção, a criança geralmente apresenta respostas e comportamentos antecipatórios em face de estímulos que venham a lhe ser dirigidos; por exemplo, se dirigir ao cuidador para lhe demandar atenção, colo, seja estendendo o colo, ou com expressões faciais, ou com contato visual, além de passara desenvolver atitudes de imitação aos gestos que lhe são conduzidos ou observa dos demais (obviamente, não de forma apurada haja vista a tenra idade). Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA, como que em certa anedonia, não apresenta (ou de modo reduzido) tais padrões, o que gera estranheza por aparentar ser a criança que minimamente demanda do outro.

No que tange a linguagem, ainda no período de 6 a 12 meses de vida, ocorre um aprimoramento nas expressões do sujeito como um todo (verbal e não-verbal); onde, o choro específico e diferenciado toma o lugar de choros e gritos aleatórios, os balbucios também se refinam e se tornam mais claramente diferenciados, com maior expressão de sinais de contentamento como risadas e sorrisos, a atenção se volta aos sinais externos, sobretudo quando se trata da voz dos seus cuidadores, e tal estímulo emite uma resposta da criança tal qual representasse um diálogo (ainda que com expressões verbais rústicas e primitivas, em certo ponto pouco compreensíveis), reconhecendo em partes a sonorização daquele que seria o seu nome como um som que o representaria naquela condição de mundo; e, na linguagem corporal, apresenta reações que acabam sendo fortemente estimuladas pelos adultos por representarem, no contexto cultural, sinais de contentamento, como mostrar a língua, jogar beijo, bater palmas, acenar, dentre outros. Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA se diferencia de forma mais perceptível aos olhos do observador, novamente aqui evidenciando um comportamento que seria o da criança que não demanda; ou seja, alterna entre situações de silêncio apático ou de gritos sem distinção específica, não manifestando uma satisfatória expressão vocal ou facial que denote de forma mais específica os próprios sentimentos e emoções subjacentes, não agindo como se estivessem “dialogando” tal qual as demais crianças; e, não se demonstram numa condição de imitação de gestos e sinais de contentamento dentro do contexto que lhe é esperado.

No que tange a capacidade lúdica de brincar, ainda no período de 6 a 12 meses de vida, é esperado tanto as brincadeiras individuais quanto a participação nas brincadeiras sociais, de acordo com sua capacidade de percepção, adequação e participação ativa, ao ponto de lhe ser até mesmo recompensador a participação ativa na expressão recíproca de contentamento e no sentimento de pertença aos que ali também se incluem com a criança. Enquanto o esperado é que o lúdico e imaginativo ganhe importante papel no desenvolvimento da criança enquanto sujeito, na criança com possíveis sinais de atenção para o TEA, o engajamento se encontra parcialmente deficitário, uma vez que o interesse em participação da criança acaba sendo reduzido ou, se participa, o faz com pouco engajamento.

Acerca da alimentação, no período de 6 a 12 meses de vida, enquanto é esperada da criança a transição gradual da amamentação para a alimentação com sabores diferenciados, o que normalmente é uma experiência sensorial bem aceita, a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA apresenta resistência a tal mudança, sobretudo no que tange à inclusão de

novos sabores em sua rotina já parcialmente fixada no sabor costumeiro da amamentação.

Entre os 12 e 18 meses de idade, inicia-se em teoria uma maior autonomia do sujeito, a partir de expressões e gestos que denotem a sua própria vontade em face das coisas ao seu redor, com o diferencial da associação entre as respostas comportamentais de acordo com determinados estímulos; ou seja, se torna um pouco mais coesa a manifestação conjunta de gestos, linguagem, expressões corporais e faciais através das quais a criança se coloca em condição de sujeito desejante. Acerca da interação social, no período de 12 a 18 meses de vida, é possível perceber tendência mais autônoma da parte da criança no sentido de se interessar por objetos, situações e pessoas que despertem o interesse ou ainda a curiosidade de experimentação, numa reação onde a criança deseja tomar para si determinada coisa, apontando para ela, olhando, se direcionando e direcionando o olhar e a linguagem ao portador do que ela deseja, como se demandasse algo de outro e assim pedisse; ou seja, o outro passa a ser demandado com o gesto ou o olhar, além de uma interessante espontaneidade de tomar para si o que lhe é de seu interesse, segurar ou levar ao outro.

Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA não costuma demandar com frequência e interesse objetos de tal modo, geralmente tomando para si depois de bastante insistência em face do oferecimento do outro. Uma reação que causa estranheza aos pais ou cuidadores é que a criança geralmente pouco se interessa em se direcionar em face de um alvo específico (seja um objeto, um estímulo ou até mesmo o outro sujeito), estabelecendo pouca e confusa correlação entre objeto e pessoa que o indica ou oferece. A espontaneidade em se dirigir a algo ou alguém não se apresenta tanto como resposta à curiosidade, mas ocorre visando a satisfação de uma resposta imediata, como quando necessita de determinada coisa à qual o outro possa lhe oferecer, razão pela qual o outro não se inclui tão necessariamente como partícipe de uma tríade relacional, mas sim instrumento necessário para que a criança possa satisfazer o interesse.

Acerca da linguagem, no período de 12 a 18 meses de vida, é esperado que a repetição de sílabas e vocábulos indiferenciados em sua semântica dê lugar a certa autonomia própria na formação linguística do que a criança deseja expressar. Seria, em tela, uma fala autônoma ainda que em germe, haja vista que se apresenta carregada de erros e sem domínio das formações de palavras de um modo satisfatório; porém, aponta um marco no desenvolvimento posto que a fala se torna mais autônoma, e nela se inclui ainda expressões não verbais, gestos, algumas

expressões corporais e faciais. Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA verbaliza certa ecolalia, pouco ou aleatoriamente gesticulável, inclusive em acenos com a cabeça para expressar concordância ou discordância com a realidade ao seu redor.

Acerca do lúdico, da capacidade imaginativa e de brincar, no período de 12 a 18 meses de vida, ocorre uma ampla associação do lúdico não apenas como diversão, mas ainda como se servisse de mecanismo que imita e reproduz o mundo ao seu redor. O que ocorre é que a brincadeira, os jogos, os brinquedos ganham conotação de significado de acordo com o repertório da criança, seja por exemplo empurrando carrinhos, vocalizando o som de bonequinhos de animais, dando a mamadeira a uma boneca, usando o telefone de brinquedo tal qual os adultos utilizam os reais, de modo que tais significantes adquirem significado de acordo com a realidade subjetiva.

Já a criança com possíveis sinais de atenção para o TEA pouco atribui significado ao brinquedo como um todo, se fixando geralmente em algo nele e tendo-o como sendo aquilo, por exemplo, quando um caminhãozinho se reduz apenas a determinada roda que gira, ou uma boneca se torna interessante apenas pelo cabelo, o que faz supor que a formação da identidade do todo que o brinquedo expressa acaba sendo em tela prejudicada, ou até mesmo cindida. É incomum que crianças com sinais de atenção para o TEA se utilizem de brinquedos para expressar e/ou reproduzir a realidade por ela conhecida, o que aponta certo déficit na capacidade imaginativa e associativa para o caso em questão de forma ampla.

Acerca da alimentação no período de 12 a 18 meses de vida, fase em que se conclui o desmame e se estabelece a inclusão de alimentos que são comuns à uma dieta normal e, em tese, saudável, com diferenciação entre texturas, densidades, sabores, temperaturas, sobretudo na diferença entre o que seria atribuído ao doce e ao salgado, a criança é apresentada a um contexto alimentar onde se inclui objetos que são manipulados para a alimentação (como talheres, pratos, copos), e percebe ainda que tal contexto se exerce de maneira sociável entre ela e o outro. Em face de tais mudanças e associações com atitudes, objetos, cenários etc., a criança com possíveis sinais e sintomas para o TEA, possivelmente por encarar como aversiva tal complexidade, apresenta certa resistência às mudanças, seja nas particularidades do alimento em si, seja ainda na socialização que ocorre durante esse momento.

Completando a faixa etária para a qual o determinado estudo se propôs a discorrer,

apresenta-se a idade entre 24 a 36 meses como limiar a partir do qual se tem a conclusão gradual da primeira infância, o que encerra por si só se tratar da ideia de sinais precoces para o TEA; e, a partir daí, evidenciam-se sinais de certa deficiência qualitativa na interação social, comunicação, atrelado ao repertório de comportamentos cristalizados, rígidos e repetitivos. A falta de reciprocidade se torna mais evidente e o comportamento disfuncional mais perceptível.

Nessa faixa etária, a interação social é mais ampla, imaginativa, comunicativa (seja na linguagem falada ou na linguagem corporal) e interrogativa, onde a criança tanto deseja ouvir quanto ser ouvida, comentar e questionar sobre o contexto que é compartilhado. Além disso, ela se direciona mais à interação com o adulto; obviamente, tudo isso de acordo com a idade apresentada, pois a fluidez se torna mais nítida a partir do crescimento. Já a criança com possíveis sinais indicativos de TEA emite tais respostas aos estímulos de forma mais rara, isolada ou a partir de muita insistência, sendo um consistente sinal de alerta para o risco de TEA.

No que tange a linguagem, na faixa etária entre os 24 a 36 meses, a linguagem falada adquire maior preponderância, tanto por se apresentar melhor desenvolvida, com maior repertório e associação com signos não verbais, com a capacidade imaginativa voltada à relatar pequenas histórias com relação a eventos do seu contexto, em situação paritária à de diálogo com o outro. Exerce a linguagem como melodia, ao cantar e recitar fonemas por vezes repetitivos que correlacionam palavras, rimas e percussão associável entre si e se expressa compreendendo de certo modo a distinção entre espaço, tempo, gênero, no contexto do diálogo (como por exemplo, “o” pai, denotando ao masculino e “a” mãe como sendo feminino). Outro sinal bastante significativo para o espectro do autista é a continuidade da ecolalia, com indefinição de tempo, gênero, espaço; onde, a conversa fluída, os cantos e a recitação de versos aparenta mais como uma forma de repetição da ordem do aleatório.

O lúdico, entre os 24 a 36 meses, dá amplitude à capacidade imaginativa de simulação de situações e fatos a partir do repertório da criança, usando de objetos para simular outros e, com isso, simular o que observa do papel social dos outros (como por exemplo, quando folhas simulam comidinha, um lápis simula um avião, uma caixinha simula um carrinho – mesmo sem rodas – dentre outras correlações). O interesse em brincar associado a outras crianças adquire contornos até que se proponha de modo mais consolidado em brincar imersa na companhia dos demais, o que em tese segue e se reforça no transcurso do desenvolvimento infantil. Já no que

tange à criança com sinais que tendem ao TEA, a espontaneidade criativa acaba sendo mínima quando comparada com a repetição de brincadeiras cristalizadas no repertório; e, a criança é percebida como, vulgo, “antissocial” a partir da visão dos pais e cuidadores, posto que a criança demonstra desinteresse à interação com outras crianças, figurando como quase que observadoras dos demais, à parte. Quando aceita participar de atividades coletivas, tem dificuldade na compreensão dos mecanismos e das regras.

A alimentação, entre os 24 a 36 meses, normalmente flui com a participação da criança na ritualística alimentar, com manuseio inicial dos talheres e capacidade de distinção entre os alimentos que são adequados a cada refeição em particular. Com o crescimento, o processo flui com o maior regramento dos horários e rotinas alimentares e a retirada da mamadeira. Já a criança com possíveis sinais indicativos de TEA se perde no esquema alimentar como um todo e muitas vezes permanece fixada na mamadeira, se norteando ainda pela alimentação sem distinção de momento nem horário, recusando tanto alguns alimentos quanto a participação na ritualística alimentar coletiva, dificuldade de manuseio de talheres, com situações em que se alimenta excessivamente, ou fica longos tempos sem se alimentar. É comum, e visto com estranheza, que ainda prefira que a comida lhe seja dada na boca, da mesma forma que pode recusar o auxílio do outro e se alimentar conforme suas próprias formas.

Desta feita, até os 36 meses é possível considerar a intervenção como sendo precoce, com maior eficácia, sobretudo em longo prazo. Diagnósticos mais tardios levam a certa incerteza, não apenas pelas atitudes disfuncionais se encontrarem mais cristalizadas no repertório comportamental do sujeito; mas, em face de os sintomas poderem sinalizar outras psicopatologias, sobretudo com o passar do tempo. Os comportamentos observáveis, muito embora pouco aborde questões da ordem da subjetividade, compreende a consolidação de tais respostas aos estímulos como sendo selecionadas por suas consequências, oferecem ao observador uma gama de indicadores mais perceptíveis relacionados à possibilidade de inscrição do sujeito no TEA. Como observado, o processo de desenvolvimento se reflete num continuum onde a demanda flui para a interação com o meio no qual a criança está inserida, quase que numa sensação de pertença através da qual relações pautadas pela resposta, pelo reforçamento, pela reciprocidade e pelo afeto acaba por demandar uma crescente amplitude no aprimoramento de tal modo de interação entre o sujeito e o meio. Não apenas no quesito relacional, mas na questão individual a criança encara a necessidade do desenvolvimento de novas habilidades cognitivas no sentido de abandonar paulatinamente as respostas mais rústicas

e primitivas, a partir do desenvolvimento de um aprendizado adaptativo que refina e aperfeiçoa as respostas diante das situações que exigem certo posicionamento ou que apenas a demandam. Por fim, em se tratando de tal processo, a atenção refinada substituí gradativamente a atenção difusa que os bebês comumente apresentam, abrindo margem à construção de outras habilidades que vão além da mera reação quase instintiva de sobrevivência e satisfação das necessidades mais elementares do organismo (Nascimento et al, 2018).

A criança à qual se concluí pela possibilidade de apresentar sinais e sintomas possivelmente relacionados ao transtorno do espectro do autismo se apresentaria, sob o prisma da análise dos comportamentos observáveis, com um prejuízo multidimensional em si e no próprio desenvolvimento que causam comprometimento da qualidade de vida conforme seria esperada, e das interações sociais como um todo. Justamente por não associar de forma compreensiva a espontaneidade dos estímulos e das demandas que lhe incidem, acabam por não conseguir responder de uma forma adequada tanto para si quanto para o que lhe é esperado, razão pela qual se cristaliza em posições mais isoladas, no aperfeiçoamento dos seus interesses restritos de modo a lhe oferecer uma resposta mais satisfatória para si, e no apego rígido ao que denota segurança. Desta feita, apresentando-se de tal modo, reage com intensa angústia e sofrimento a qualquer mudança que considere abrupta e hostil (ainda que mínima). Cossio (2017) aponta na intervenção precoce a necessidade de trabalhar inicialmente a partir de objetivos socializadores, que acabam sendo o mínimo esperado pela família; como por exemplo, aperfeiçoamento de costumes básicos inerentes aos sujeitos em sociedade, o que traria uma independência inicial; comportamento plausível com o esperado, controle emotivo e emocional que não se apresente disfuncional, autocontrole, tanto para conviver na família quanto futuramente no ambiente escolar e na sociedade.

6. INTRODUÇÃO AO PANORAMA COMPORTAMENTAL DO TEA

A partir dos constructos teóricos e resultados práticos da aplicação da análise do comportamento, observa-se o escopo de trabalhar no sujeito, cujos sinais e sintomas indicam características do transtorno do espectro autista, o desenvolvimento de mecanismos e de habilidades individuais e sociais que promovam uma qualidade de vida mais adaptativa no que se refere aos critérios diagnósticos observados, e a adoção cada vez maior de repertórios que lhe permitam viver de forma mais independente.

A intervenção baseada nos constructos teóricos da análise do comportamento adquire até mesmo certo viés didático, posto que se conduz a partir do ensino sistemático de fragmentos mensuráveis de comportamentos os quais, quando somados a um todo, adquirem ampla eficácia. GREEN (1996) aponta o referido como uma desfragmentação de comportamentos já estabelecidos e de habilidades não desenvolvidas, desde os mais simples até os mais complexos, a serem conduzidos pouco a pouco até que venham a apresentar respostas satisfatórias que indiquem certo progresso no tratamento. Desta feita, é um processo complexo não apenas na interação entre a criança e os elementos correlatos, mas, sobretudo em tornar o processo, por si só, uma construção que para ela seja interessante e reforçada positivamente.

Pretende-se aqui traçar breves pontuações acerca desta vertente na interessante atuação naquilo que tange a lidar com comportamentos sob o viés da funcionalidade, tanto para o sujeito quanto para a família. A partir então de uma apurada avaliação dos sinais e sintomas que podem, hipoteticamente, incluir o sujeito no espectro do autismo, caso se observe evidências, dá-se início a uma avaliação comportamental a fim de mensurar as variáveis que incidem sobre os comportamentos no contexto em que se apresentam, com o posterior planejamento de objetivos de atuação, sobretudo no tocante à autonomia, a comunicação, a socialização e a apuração dos comportamentos, tanto os já adquiridos quanto os que se pretende adquirir, servindo como meta para o planejamento da atuação eficaz para o caso em questão, partindo-se então para a intervenção.

A importância da referida intervenção deve cada vez mais ser no sentido de trazer considerável benefício do sujeito e, a partir daí, dele em sociedade, não cabendo o mesmo escopo outrora criticado nesse estudo acerca da medicalização como alternativa rápida, potente

e barata de silenciar o que é visto como sintoma. O suporte teórico vem do Behaviorismo de B. F. Skinner atrelado à Análise do Comportamento, uma vez que a variável predominante na mudança qualitativa virá por meio dos procedimentos comportamentais adotados. Apesar da complexidade de tal programa demandar, sobretudo, um profissional de psicologia que domine a fundo a terapia comportamental, a psicologia experimental e a análise do comportamento, muitos são os profissionais da área da medicina, da pedagogia, terapeutas alternativos e outros que aderem à prática a partir de uma formação rigorosa e de respaldo científico a fim de que possam se unir a uma equipe multidisciplinar que visa analisar, prever, intervir e modificar comportamentos-problema. Desta feita, necessário se faz elucidar conceitos que são no todo relevantes para a compreensão e aplicação da referida linha na análise e intervenção no transtorno do espectro autista.

O Behaviorismo considera o sujeito não numa visão isolada, mas em consonância com o ambiente, sendo fator determinista no que se refere ao comportamento; pois, se trata de comportamento diante de algo, ou de alguém, ou com determinada finalidade. As demais questões internas, à cargo da análise das demais linhas teóricas em psicologia, não são consideradas inexistentes nem tampouco excluídas da concepção de sujeito em sua integralidade; mas sim, se encontram num outro prisma de investigação, posto que aqui o que é objeto de anamnese é a atenção voltada aos acontecimentos que possam também justificar determinados comportamentos (SKINNER, 1974). A análise do comportamento que aqui se enuncia difere, em termos, da ideia baseada no senso comum e que se firma, sobretudo, na observação do presente como um todo; mas, percebe os acontecimentos associados a eventos que exercem influência no comportamento final.

O comportamento quase que pulsional, inato ao sujeito, a partir do momento do nascimento passa (em tese) em garantir a satisfação de necessidades primárias relacionadas à sobrevivência. Enquanto que nos animais a dependência do outro para tal fim não é tão longa, o ser humano se mantém por alguns anos como dependente da figura do cuidador para as necessidades mais elementares, como fome, sede, dentre outros. Seu repertório não apresenta respostas imediatas às suas necessidades basilares e nem de luta ou fuga a estímulos aversivos e dolorosos, razão pela qual o sujeito age demandando o outro através, sobretudo, da reação primitiva do choro. Em TODOROV (2012), correlacionamos alguns pontos relativos a tal enunciação; onde, sendo nossas condutas primitivas meras respostas aos estímulos e que geram consequências, a cada estímulo culminaria uma determinada resposta, em consonância com o

que se entende como comportamento respondente. Porém, a capacidade de racionalização atrelada a percepção dos fatos permite que essa dupla relação adquira um novo rumo, quando a resposta se torna mutável, modificável e adaptável de acordo com as suas consequências para o sujeito, o que concebe a ideia de comportamento operante. Retomando à SKINNER (1966) percebemos que os reforçadores estarão por toda parte e ao redor do sujeito, e incidem de forma frequente, demandando que as contingências possam ser ajustadas de modo que as consequências não sejam apenas encaradas de modo passivo, mas que possam ser ajustadas ou até mesmo evitadas.

A partir do comportamentalismo como estudo do comportamento, o rigor teórico estabelece que todos os comportamentos que o sujeito venha a apresentar no decorrer da vida foram condicionados à ser de determinada forma mediante contingências que incidiram ao redor da relação. O condicionamento clássico pavloviano deixa de suprir a análise em tela pois já não se trata mais de estímulo e resposta plausível, nem tampouco num condicionamento de estímulo e resposta que demonstre a já conhecida relação de causalidade entre eles; mas, na visão do behaviorismo radical, Skinner insere uma filosofia acerca do comportamento enquanto ciência, tanto na análise experimental quanto na análise aplicada do comportamento, sem relação de causalidade com elementos mentalistas ou questões de estruturação do aparelho psíquico tal qual Freud concebeu (SÉRIO, 2005).

Como os reforçadores tendem a manter e/ou aumentar a ocorrência de determinado comportamento, ao passo que as punições tendem a diminuir ou até mesmo extinguir comportamentos, ambos figurariam como consequências ao comportamento do sujeito em determinada situação na qual ele venha a emergir. Tanto o reforçamento positivo quanto o negativo adquirem o viés de reforçar e fortalecer o comportamento que certamente voltará a ser percebido futuramente; mas, se diferenciam no tocante ao fato de que no reforçamento positivo se insere no contexto um estímulo reforçador, ao passo que no negativo se retira um estímulo aversivo. Dada a maior eficácia do reforçamento positivo, se mostra válido no que concede ao aprendizado de comportamentos levando em consideração a satisfação do sujeito em face das respostas objetivas. Já no reforçamento negativo, o repertório que conduz o sujeito à fuga se desenvolve de modo quase instintivo, ao passo que a esquiva demanda um repertório que minimize ou evite a possibilidade de (re)ssurgimento de um evento aversivo (ZÍLIO, 2010).

Por último, a extinção do comportamento é diretamente proporcional à extinção do reforçamento. A frequência do comportamento não se mantém diante de punição ou de ausência

de reforço, diminuindo de acordo com a consolidação e a prevalência de determinado comportamento no repertório do sujeito. Obviamente que comportamentos profundamente enraizados, seja por sucessivos reforços, atrelados às condições do sujeito em determinada circunstância, não se encerram drasticamente, mas sim diminuem paulatinamente. Já no que tange às respostas de esquiva, geralmente são mantidas inclusive sem a existência do reforçamento negativo, quando a situação deixa de ser aversiva. As punições também extinguem o comportamento; porém, sem fornecer subsídios para a consolidação de um novo repertório melhor adaptado às necessidades do sujeito, figurando tal como supressão imediata seja por meio da incidência de um estímulo aversivo que gera más consequências (punição positiva), ou pelo término do reforçador (punição negativa).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em muito o presente estudo cumpre o escopo inicial; qual seja, lançar à luz pontuações teóricas elementares para se permitir, a partir daí, a introdução do estudo do transtorno do espectro do autismo, haja vista a relevância da questão e a presença cada vez mais constante nas realidades às quais o paciente convive. Observar o tema a partir de um viés não-intervencionista permite aderir ao enfoque desprendido e a leveza de elencar conceitos basilares, por muito despercebidos, porém de relevância ímpar no estudo da questão.

Não se trata de um estudo pleno, mas sobretudo de uma construção através da qual diversas ciências possam se embasar com o intuito de dialogar acerca do autismo, haja vista que os conceitos apresentam em si axiomas que figuram inclusive como paradigmas para a construção de um rico e frutífero diálogo interdisciplinar.

Por fim, traça-se com o presente trabalho o ponto de partida através do qual, cada observador possa se valer do que fora discorrido em prol de avançar na análise e nos estudos do transtorno do espectro do autismo, numa jornada contínua de construção de conhecimento e aprimoramento de práxis em prol do desenvolvimento da ciência e evolução das técnicas interventivas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. **Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática**. São Paulo: Summus Editorial. (2014).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARROS, P. PORCHAT, I. **Ser Terapeuta: Depoimentos**. 5ª ed. SP: Summus, 200 6. (2020).

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. DA S. S. **Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes**. *Psic, São Paulo* , v. 6, n. 2, p. 43-50. Recuperado em 26 de agosto de 2020. de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200006&lng=pt&nrm=iso. (2005).

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (2001).

BORGES, L. C., & SALOMÃO, R. M. N. **Aquisição da Linguagem: Considerações da Perspectiva da Interação Social**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 327–336. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000200013> acesso em 11 de abril de 2023. (2003).

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **VII Congresso Nacional da Psicologia, Caderno de Deliberações. Brasília. Recuperado em 27 de agosto de 2020**
<https://site.cfp.org.br/publicacao/caderno-de-deliberacoes-vii-congresso-nacional-da-psicologia-2010/>.(2013).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. (2014).**

BRILHANTE, A. V. M., FILGUEIRA, L. M. DE A., LOPES, S. V. M. U., VILAR, N. B. S., NÓBREGA, L. R. M., POUCHAIN, A. J. M. V., & SUCUPIRA, L. C. G.. **“Eu não sou um anjo azul”**: a sexualidade na perspectiva de adolescentes autistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, **26(2)**, 417–423. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40792020>. (2021).

COSSIO, A. DO P., PEREIRA, A. P. DA S., & RODRIGUEZ, R. DE C. C. **Benefícios e Nível de Participação na Intervenção Precoce**: Perspectivas de Mães de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. *Revista Brasileira De Educação Especial*, **23(4)**, 505–516. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382317000400003>.. (2017).

CIVIDINI-MOTTA, C., SCHARRER, N., & AHEARN, W. H. **As assessment of three procedures to teach echoic responding**. *The Analysis of Verbal Behavior*, **33(1)**, 41-63. (2017).

CÂNDIDO, M. R., OLIVEIRA, E. A. R., MONTEIRO, C. F. DE S., COSTA, J. R. DA, BENÍCIO, G. S. R., & COSTA, F. L. L. DA. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, **8(3)**, 110-117. Recuperado em 19 de janeiro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&tlng=pt. (2012).

CARDOSO, N. R., & BLANCO, M. B. Terapia de Integração Sensorial e o transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Conhecimento Online**, **1**, 108–125. <https://doi.org/10.25112/rco.v1i0.1547>.(2019).

CONRAD, P., & SCHNEIDER, J. W. Desvio e medicalização: Da maldade à doença (Exp. ed.). **Temple University Press**. Disponível em <https://psycnet.apa.org/record/1992-98728-000> acesso em 23 de maio de 2023. (1992).

CORSARO, W. A. A reprodução interpretativa no brincar ao "faz-de-conta" das crianças. **Educação, Sociedade e Cultura: Revista da Associação de Sociologia e Antropologia da Educação**, Porto, v. 17, p. 113-134. (2002).

CUNHA, B. F., MACÊDO, F. N. DE, LOPES, A. R., LOUZADA, M. J. Q., & MARÇAL, C. D. N. As repercussões emocionais em pais com filhos do Transtorno do Espectro Autista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, **15(11)**, e11129. <https://doi.org/10.25248/reas.e11129.2022>. (2022).

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** – 2. ed.

Porto Alegre: Artmed. (2000).

EISENBERG, L. & KANNER, L. Esquizofrenia infantil: Simpósio, 1955: 6. Autismo infantil precoce, 1943-55. **American Journal of Orthopsychiatry**, 26 (3), 556-566.

Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1956.tb06202.x> acesso em 11 de abril de 2023. . (1956).

FALCÃO, C. & STELKO-PEREIRA, A. C. & ALVES, D. L. **Envolvimento de alunos com TEA em situações de bullying de acordo com múltiplos informantes. Educação e Pesquisa**. **47**. 10.1590/s1678-4634202147217359. (2021).

FRANCES, L. A.; MESQUITA, A. M. A.. As experiências nos espaços-tempos da escola sob o olhar de uma criança com Transtorno do Espectro do Autismo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782021260026>.

Acesso em: 01 set. 2022. (2021).

GOMES, C. G. S.; MENDES, E. G. Escolarização inclusiva de alunos com autismo em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 16, p. 375-396. (2010).

GREEN, G. Early behavioral intervention for autism: What does research tell us? In C. Maurice, G. Green, & S. C. Luce (Eds.), **Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals** (pp. 29–44). PRO-ED. (1996).

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. **New Child**, v. 2, p. 217.(1943).

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2006, v. 28, suppl.1, pp.s3-s11. (2006).

LAMPREIA, C. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 160-171.(2009).

MOREIRA, M. B., & MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed. (2007).

MOURA, A. M.; SANTOS, B. M. L. DOS, & MARCHESINI, A. L. S. O brincar e sua influência no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, 21(1), 24-38. <https://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v21n1p24-38>. . (2021)

PIMENTEL, A. G. L.; FERNANDES, F. D. M. A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo. *Audiology: Communication Research*, 19(2), 171-178. (2014).

PINTO, R.N.M.; TORQUATO, I.M.B.; COLEET, N.; REICHERT, A.P.S.; NETO, V.L.S.; SARAIVA, A.M.. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 37(3):e61572. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>. (2016)

REIS, H. I. S.; PEREIRA, A. P. S.; ALMEIDA, L. S. Características e Especificidades da Comunicação Social na Perturbação do Espectro do Autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial: Autismo e Comunicação, Marília**, v. 22, n. 3, p. 325-336. (2016).

ROCHA, G. S. S. ET AL. Análise da seletividade alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.24, p. 1-8. (2019).

SAMPAIO, A. A. S.. SKINNER: sobre ciência e comportamento humano. **Psicologia: Ciência E Profissão**, 25(3), 370–383. (2005).

SANTOS, R. K. DOS; VIEIRA, Â. M. E. C. DA S. Transtorno do espectro do autismo (tea): do reconhecimento à inclusão no âmbito educacional. **Revista Includere**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 219-232. (2017).

SANTOS, C. E. Desenvolvimento de habilidades musicais em crianças autistas. **Revista NUPEART**, 14(2), 74-90. (2015).

SCHMIDT, C. **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Campinas, SP: Papyrus. (2013).

SELLA, A. C.; RIBEIRO, D. M. **Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro Autista**. Curitiba: Appris, 2018. (2018).

SÉRIO, T. M. de A. P. O behaviorismo radical e a psicologia como ciência. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 7(2), 247-262. Recuperado em 19 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000200009&lng=pt&tlng=pt. (2005).

SILVA, M., & MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: ciência e profissão**, 29(1), 116-131. Recuperado em 19 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932009000100010&lng=pt&tlng=pt. (2009).

SILVA, S. B. DA. **O autismo e as transformações na família**. 2009. 59. (2009).

SKINNER, B. F. An operant analysis of problem solving. Em B. F. Skinner, *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 133-171). **New York: Appleton-Century-Crofts**. (Trabalho original publicado em 1966). (1969).

SKINNER, B. F. **Behaviorism and Logical Positivism de Laurence Smith**. In *Sobre o Behaviorismo* São Paulo: Cultrix, , 1995a. (1974).

SOUZA, D. G. & DE ROSE, J. C. **Desenvolvendo programas individualizados para o ensino de leitura**. *Acta Comportamentalia*, 14, 77-98. (2006).

TIMIMI, S. Melhoria do Acesso de Crianças e Jovens a Terapias Psicológicas: inovação inspiradora ou mais do mesmo? **Boletim Psiquiátrico, no prelo, disponível em <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047118>. Acesso em 23 de maio de 2023.** (2014).

TODOROV, J. C. Sobre uma definição de comportamento. Perspectivas em análise do comportamento, 3(1), 32-37. Recuperado em 19 de julho de 2023, de **http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482012000100004&lng=pt&tlng=pt**. (2012).

VIEIRA, M. N; BALDRIN R. F. S. Diagnóstico e intervenção de indivíduos com Transtorno do espectro autista. In: **Enfope** 10 Fopie 11, Vol. 10, Núm.1. (2017).

VOLKMAR, F., LORD, C., BAILEY, A., SCHULTZ, R. & KLIN, A. Autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 45, 135 – 170. (2004).

Whitman, Thomas L. O Desenvolvimento do Autista. São Paulo: **M Books**.(2013).

ZANON, R. B., BACKES, B., & BOSA, C. A. Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. **Psicologia: teoria e prática**, 19(1), 152-163. <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p164-175>. (2017).

ZILIO, D. A natureza comportamental da mente: behaviorismo radical e filosofia da mente. **São Paulo: Cultura Acadêmica**. (Coleção PROPG Digital - UNESP). ISBN 9788579830907. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/110753>>.. (2010).