



# CAPÍTULO 1

## HABILIDADES PARENTAIS E O DESENVOLVIMENTO SÓCIO AFETIVO DA CRIANÇA AUTISTA

**Nayra Vitória Souza Fonseca**

nayravitoria7@gmail.com

**Cintia Batista Lopes**

cintiablopess@gmail.com

**Kelly Cristina Gennari de Almeida**

Kellygennari@gmail.com

**Ana Terra Pires de Moraes**

Anaterrapmoraes@gmail.com

**Ubiratan Contreira Padilha**

ucpadilha@outlook.com

**Marcela Augusta R. Guimaraes**

nutrimarcelaguimaraes@gmail.com

**Luana Guimarães da Silva**

Enfermagem.mauadf@gmail.com

**Meg Gomes Martins de Ávila**

coordpsicomaua@gmail.com

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo descrever as habilidades parentais comumente requeridas e como estas podem auxiliar no desenvolvimento sócio afetivo da criança autista. Para isso foi utilizado o método de revisão bibliográfica de literatura de caráter descritivo de artigos científicos, sendo este o tipo de pesquisa que busca descrever a respeito de algo, sejam as características de um fenômeno, experiência ou população. O estudo conta com referencial teórico principalmente retirado do site Scielo e Google Acadêmico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autismo infantil, Habilidades parentais, desenvolvimento sócioafetivo, criança autista.

### 1. INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho refere-se ao Autismo, também comumente conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Este tema é parte do campo da psicologia infantil e está circunscrito na área de psicologia clínica.

O termo Psicologia Clínica foi citado primeiramente por Witmer em 1896 para se referir a métodos de avaliação realizados a crianças com transtornos mentais e físicos, segundo o autor



a psicologia clínica tem como foco o indivíduo que no contexto cultural da estrutura contemporânea são tratados como incapazes e não possuem lugar de fala.

No ponto de vista clássico da psicologia clínica, esta área da psicologia tem como princípios o psicodiagnóstico, métodos de terapia grupal e individual, levando em consideração que, o acompanhamento psicológico será feito de forma individual em um ambiente clínico controlado, tendo a pessoa como foco e auxiliando no processo psicológico (TEIXEIRA, 1997). finalidade da Psicologia Clínica, de acordo com *American Psychological Association* em 1935 azer a definição, por meio de análise, observação de comportamento e testes psicológicos, para que a partir destes resultados o psicólogo possa recomendar ou trazer sugestões proveitosas para o ajustamento da pessoa (MEIRAS, 1987).

O autismo tem ganho maior notoriedade na última década por conta do aumento de casos diagnosticados. Segundo dados do último relatório publicado em 2021 pelo Centro de controle e prevenção de doenças, 1 a cada 44 crianças é diagnosticada com TEA na faixa etária de até 7 anos.

Este índice de aumento não se dá a um nascimento repentino de milhares de crianças com o transtorno, mas sim ao maior número de profissionais capacitados para diagnosticá-lo o quanto antes e assertivamente, tornando assim o acompanhamento multiprofissional dessa criança mais direcionado e individualizados dados do *Center of Diseases Control and Prevention*, (202); Barbaresi et al. (2006).

Como supracitado o diagnóstico vem sendo mais assertivo, este que é parte primordial para um tratamento eficaz, visto que é a partir dele que os pais da criança autista poderão buscar os profissionais adequados para assistir a demanda desta, salienta-se também que quanto mais precoce o diagnóstico maior pode ser a eficácia do tratamento (MARTIN et al. 2006).

Diante do que foi revisado em literatura notou-se que, apesar do ambiente com apoio e profissionais especializados, as famílias ainda se queixam de não terem uma generalização de comportamentos fora do ambiente clínico, a partir disto percebeu-se então a relevância que as habilidades parentais tem no desenvolvimento sócio-afetivo da criança com TEA (MAGALHÃES, 2021).

Visto isso, deu-se o interesse em compreender quais as habilidades parentais auxiliam no desenvolvimento desta criança no âmbito do desenvolvimento sócio afetivo, e para a efetividade desta revisão foram elaborados três objetivos principais:



Caracterizar o TEA, compreender como se dá o diagnóstico e sua implicação no desenvolvimento sócio afetivo da criança autista e elencar as habilidades parentais requeridas a partir do diagnóstico de TEA.

Utilizado a metodologia de revisão bibliográfica de literatura de caráter descritivo de artigos científicos contado com uma seleção inicial de 30 (trinta) artigos que foram incluídos ou excluídos de acordo com os critérios de exclusão e inclusão para revisão bibliográfica, sendo os critérios de inclusão: abordar a temática do autismo, habilidades parentais de pais de crianças autistas, serem artigos de caráter descritivo e com recorte temporal de no máximo 20 anos de publicação. E de exclusão: viés não correspondente a psicologia, o não aborde da temática familiar do autista e/ou não englobar as habilidades parentais.

## **2. AUTISMO E SUAS CARACTERÍSTICAS DO TEA**

### **2.1 Autismo ou Transtorno do Espectro Autista (TEA)**

O Autismo ou TEA até o ano de 2021 era reconhecido como o transtorno invasivo do desenvolvimento (TID) mais característico e melhor estudado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No entanto a partir de 11 de fevereiro de 2022 o transtorno recebe para si sua própria classificação dentro do TEA na até então versão mais atualizada da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) que está em sua 11ª revisão.

### **2.2 História**

Descrito e denominado como distúrbio autístico do contato afetivo pela primeira vez em 1943 pelo psiquiatra Leo Kanner em seu estudo de caso com uma amostra de 11 indivíduos. Kanner observou casos que atualmente seriam reconhecidos como autismo de nível de suporte 3, o psiquiatra observou respostas incomuns ao ambiente, comportamentos motores estereotipados, insistência à monotonia e resistência a mudanças, mas também habilidades de comunicação não usuais como a tendência ao eco da linguagem (ecolalia).

Nas duas décadas que se sucederam houveram confusões quanto a etiologia do autismo e a sua natureza, na época acreditavam que o transtorno era causado pela falta de resposta emocional dos pais aos seus filhos, crença esta que foi descartada. Já na primeira metade da década de 60 corroborou-se que o autismo era um transtorno cerebral encontrado em todos os grupos investigados, não havendo distinção de gênero, poder aquisitivo, etnia ou raça e presente desde a infância.



Outros dois nomes importantes para a história do autismo são Michael Rutter e Lorna Wing. Rutter, psiquiatra, destacou-se por suas pesquisas no campo da psiquiatria infantil, seguiu o viés biológico, com pesquisas de DNA e imagiologia médica, e social, com estudo da influência da escola e da família no desenvolvimento da criança com TEA.

Já Wing, médica psiquiatra e mãe de uma menina autista, motivada pelo seu interesse em obter mais informações a respeito do transtorno e com o intuito de levar uma melhor compreensão para familiares e indivíduos do espectro se tornou especialista em psiquiatria infantil e criou a *National Autistic Society*. Em paralelo a isto a médica inicia seu trabalho para conceituar o TEA como um espectro que afeta cada indivíduo de umas maneiras diferentes.

Bem sucedidos em seus estudos e pesquisas, Rutter e Wing se tornaram os nomes centrais do entendimento do TEA, seus estudos são base teórica até os dias atuais, bem como Kanner que como pioneiro no assunto trouxe visibilidade ao atualmente conhecido como Transtorno do Espectro Autista.

### **2.3 Características do TEA**

Caracterizado pela disfunção nos processos de comunicação, aprendizagem e principalmente de socialização, podendo variar em grau de acometimento, sinais e também sintomas, o autismo foi subdividido em três níveis de necessidade de suporte.

Segundo a 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) o autismo ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades de interação social, comportamentos repetitivos, atraso ou ausência de comunicação e interesses restritos.

Estas características apenas em terminologia podem gerar diversas interpretações, pensando nisto o DSM-5 trouxe critérios diagnósticos ao autismo. No que diz respeito a interação social e atraso ou ausência de comunicação o manual utiliza como critério a observância de dificuldade ou inabilidade persistente na comunicação social, déficit na reciprocidade emocional e em comportamentos não verbais de comunicação comumente utilizados (KLIN, 2006).

Há também o critério para avaliar comportamentos repetitivos e estereotipados, expressados por movimentos, falas e manipulação de objetos de forma repetitiva e/ou estereotipada, apego a rotina, dificuldade em lidar com mudanças, rituais verbais e não verbais e interesses restritos (KLIN, 2006; LOTTER, 1966).



Diante disto o profissional especializado que fará a avaliação em ambiente clínico contará com o relato dos pais e observação da criança, mas também, terá de levar em consideração as características do TEA que podem ser encontradas no DSM-5, e a partir disto diagnosticar esta criança de acordo com as subdivisões do autismo(6A02) no CID-11.

Sendo estas, 6A02 - Transtorno do Espectro Autismo (TEA); 6A02.0 - Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; 6A02.1 -Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; 6A02.2 - Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; 6A02.3 -Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; 6A02.4 -Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional; 6A02.5 -Transtorno do Espectro do

Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional; 6A02.Y - Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado; 6A02.Z - Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado (ALMEIDA et al., 2020).

Como não há exames laboratoriais que confirmem o autismo há a importância de os pais levarem o maior número de informações e detalhes da criança para o profissional que está assistindo-os (KLIN, 2006; LOTTER, 1966; NEWSON, HOVANITIZ, 2006).

Há ainda a classificação dos níveis de suporte desta criança, sendo este suporte interpretado como uma maneira de conforto atribuída as interações em pares ou grupos (TURNBULL et al., 2006), tendo em destaque neste contexto de apoio, duas formas em evidência.

São eles, o apoio social que como o nome sugere é associado ao social, ou seja, as interações da criança autista com pais, amigos e cônjuges (Siklos e Kerns, 2006) e o serviço de apoio, onde os responsáveis pela criança atribuem uma terceira pessoa à função de responsável por um período determinado, sendo este contexto por exemplo poder ser assumido por profissionais que assistem essa criança em um ambiente de terapia (CHAN e SIGAFOOS, 2001).

Contudo, retomando aos níveis de suporte, se tem o nível 1 caracterizado por suporte leve, isto é, as crianças deste nível apresentam prejuízo em relação a interação social mas não necessitam de tanto suporte. Apresentam ainda respostas atípicas e interesse baixo em se



relacionar com terceiros, mas que não prejudicam a funcionalidade desta, em se tratando de comportamento, crianças deste nível demonstram dificuldade em trocar de atividades e independência limitada em atividades de autocuidado (SILVA, MULICK, 2009; CARLEY, 2019).

Já as crianças de nível 2 de suporte moderado apresentam necessidade de suporte moderado com o nome sugere, demonstram déficits na fala e dificuldade de interagir socialmente, necessitando de uma mediação de terceiros em relação ao comportamento. Este nível apresenta desvio de foco e atenção e dificuldade em mudar de ambientes, o que demanda suporte em muitos momentos (SILVA, MULICK, 2009; CARLEY, 2019).

Por fim o nível 3 de suporte severo, em relação ao comportamento, apresentam extrema dificuldade a quebra de rotina, não realizam atividades básicas de higiene e autocuidado sem auxílio e possuem prejuízo grave na interação social. Visto que crianças deste nível contemplam ainda outros critérios diagnósticos como: prejuízo intelectual e de linguagem, outros transtornos relacionados e desordens do neurodesenvolvimento (SILVA, MULICK, 2009; CARLEY, 2019).

É importante salientar que os sinais deste transtorno podem aparecer antes dos três anos de vida, entretanto muitas crianças ainda são diagnosticadas tardiamente, seja por falta de informação, observação dos sinais ou por resistência dos pais ao diagnóstico, visto que o diagnóstico de TEA pode ter grande impacto na família e em sua estrutura (SAMSON, HUBER, RUCH, 2013).

#### **2.4 O recebimento do diagnóstico e suas implicações no desenvolvimento sócio afetivo da criança autista**

Visto que, os sinais do autismo são precoces, os pais acabam tendo que se adaptar ao novo contexto de comportamentos e necessidades da criança com TEA, à medida que o desenvolvimento desta não segue o padrão de uma criança típica.

Diante da observância principalmente dos seguintes sintomas por longos períodos de tempo como, padrões atípicos de comportamento, atraso na linguagem e dificuldade de estabelecer relações sociais levam os pais a buscarem mais informações a respeito (FAVERO e SANTOS, 2001).

Em consequência deste conhecimento os pais buscam profissionais da saúde que possam realizar o diagnóstico da criança, sanar dúvidas e orientá-los a respeito do TEA. Sendo importante salientar que os sinais do TEA são perceptíveis entre os 12 e os 18 meses iniciais da criança, mas que segundo o dado mais recente do Ministério da Saúde do Brasil em 2014, o



diagnóstico ocorre normalmente a partir dos três anos, sendo substancialmente menor número o diagnóstico em idades pré-escolares (FAVERO; SANTOS, 2001).

Levando-se em consideração que os sinais se mostram nos anos iniciais, mas que o diagnóstico em si somente ocorre por volta dos três anos, há de se considerar que este intervalo entre dúvida e diagnóstico traz a família um aumento do estresse e conseqüentemente uma baixa da qualidade de vida dos pais e da criança (BARBOSA; FERNANDES, 2009).

Observou-se também que além deste existem outros possíveis agravantes estressores para estes pais e seu filho(a) com o transtorno do Espectro Autista, como a dificuldade de acesso ao sistema de saúde e apoio social, baixas ou até nulas opções de lazer a família como um todo e de educação à criança com TEA, restringindo o ciclo social a apenas os membros da família.

Visto todos estes fatores é importante levar em consideração a forma com a qual os pais irão lidar com o diagnóstico, já que a maneira com a qual estes lidarão pode influenciar negativa ou positivamente no desenvolvimento sócio afetivo da criança, sendo negativamente se esta família se mantiver estagnada em uma fase do luto por muitos anos ou escolher pelo não tratamento (SAMSON; HUBER; RUCH, 2013).

Já se lidado de maneira positiva adotando uma postura ativa, compreensiva e aberta a mudanças de rotina que visa o desenvolvimento e melhoria da criança, se comprometendo e auxiliando esta criança para que ela se desenvolva de forma funcional dentro do espectro (PINTO; MUNIZ, 2016).

Diante disto notou-se que a maneira com a qual o diagnóstico é recebido e enfrentado pela família pode causar efeitos diversos ao desenvolvimento da criança, ao passo que receber o diagnóstico de uma doença crônica se tratando de crianças, mas especificamente de um filho ou filha, geralmente idealizado e incumbido de diversas expectativas paternas e maternas pode ser lidada com luto (PINTO; MUNIZ, 2016).

Mas também, para que a eficácia e o desenvolvimento socioafetivo ocorram de maneira funcional são requeridas habilidades parentais em diversos momentos da vida desta criança e principalmente no âmbito da interação social, habilidade está que se mostra extremamente relevante dado ao fato de que uma criança autista se desenvolve melhor em tratamento multiprofissional (MACHADO; LONDERO; e PEREIRA, 2018, v. 11 n.3).



### 3 HABILIDADES PARENTAIS COMUMENTE REQUERIDAS A PAIS DE CRIANÇAS AUTISTAS

O conceito de habilidades parentais recebe definições distintas a depender do estudioso que o faz, os termos variam entre "estilos parentais" (BAUMRIND, 1966, 1967), "práticas parentais" (HOFFMAN, 1975, 1994) e "habilidades sociais educativas parentais" (BOLSONI-SILVA, MARTURANO, & LOUREIRO, 2009; DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2002).

Sendo os estilos parentais determinados como a associação entre práticas e atitudes realizadas pelos pais sobre seus filhos, determinando assim o tipo de interação entre eles (BAUMRIND, 1966, 1967). Já as práticas parentais, são manejos utilizadas pelos pais em situações pontuais da interação entre pais e filho(a), podendo estas serem influenciadas pela cultura a qual a família está inserida (HOFFMAN, 1975, 1994).

Já a definição das habilidades sociais educativas parentais é definida como a soma de habilidades sociais dos pais em relação a aplicabilidade à educação de seu filho(a), contribuindo então para o desenvolvimento sócio afetivo e aprendizagem (BOLSONI-SILVA, MARTURANO, & LOUREIRO, 2008; DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2002).

A partir desta definição foram observadas, segundo Pinto e Muniz (2016), as seguintes habilidades parentais. Aceitação diagnóstica, a habilidade de incluir ou modificar a rotina para englobar as necessidades da criança com TEA, resiliência e uma rede de apoio profissional especializada.

Estes em suas pesquisas observaram que estas habilidades se mostram agravantes fundamentais para o bom desenvolvimento sócio afetivo do autista, sendo uma das principais à aceitação do diagnóstico, visto que para uma implementação de tratamento adequado primeiro há esta necessidade de aceitação dos pais para que estes sejam assertivos e busquem a assistência adequada.

Mas também, igualmente relevante é o estabelecimento de rotinas, visto que a rotina é um ponto importante para a criança com TEA, esta rotina demonstra significativa relevância para a funcionalidade tanto da criança quanto da família, pois por estes pais terem que se reinventar dentro de sua realidade este estabelecimento de rotina traz mais assertividade para o dia a dia desta família (PINTO, MUNIZ, 2016).

Outras habilidades também requeridas são a resiliência, que é a capacidade de lidar de maneira positiva em relação a situações adversas, e uma rede de apoio profissional qualificada, sendo estes profissionais não só da área da saúde, psicólogo(a), fonoaudiólogo(a), terapeutas



ocupacionais, como também da educacional por exemplo escolas e reforços escolares, haja visto que esta criança precisará desenvolver suas habilidades sociais em grupo e individualmente (PINTO, MUNIZ, 2016).

Já segundo a linha de pensamento de *Bradford* (1997) em Adaptação Familiar à Doença Crônica foram elencadas quatro habilidades: modos de funcionamento familiar, padrões de comunicação intra e extra-familiar, qualidade dos sistemas de saúde e crenças sobre saúde e estratégias de *coping*.

Este estudo revela a relação negativa que a demanda destas habilidades trás tanto para a mãe quanto para a criança assistida se esta família não obtiver estrutura e preparo para tal, entretanto demonstra também que quando estas quatro habilidades estão em equilíbrio e consonância o recebimento do diagnóstico de TEA em seu filho(a) e conseqüentemente a funcionalidade desta família não são comprometidas (SCHMIDT, 2004)

Por fim, outras habilidades foram observadas, são elas: coesão familiar (OLSON et. al., 1985), entende-se este termo como definição para pais que tem um vínculo afetivo estável com seu filho(a) e o desenvolvimento ou manutenção de crenças sendo esta crença voltada para a aceitação, fazendo com que esta família retire desta experiência sentido e esperança (KING et. Al., 2009).

A saber, vínculo emocional nestes estudos compete a definição de Del Nero (2005) de que o efeito do meio pode exercer ação positiva ou negativa para a evolução cognitiva e estrutural da personalidade da criança, bem como a capacidade adaptativa ao ambiente e aos seus pais, ambos se desenvolvendo e amadurecendo à sua maneira.

O relacionamento afetivo entre tutores e seus filhos entre 1 mês e 6 anos são importantes para o desenvolvimento da personalidade e caráter desta criança, visto que durante este período serão adquiridos os valores que esta levará para a vida. “A necessidade de criação de vínculos afetivos que nos permitam amar e sermos amados é de fundamental importância para o bom desenvolvimento da personalidade” (DEL NERO, 2005, p.60).

Há ainda Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM - *Early Start Denver Model*) ou apenas Modelo Denver, que tem como foco a intervenção e acompanhamento a pessoas com suspeita ou diagnosticados com TEA, este método é realizado com crianças entre 1 e 3 anos, podendo em exceções ser trabalhado com crianças até os 5 anos, com tempo duração do treino entre 3 a 4 horas (KROEGER, SORENSEN, 2010).



Esta modelo terapêutica propõe o estímulo das interações sociais por meio de objetos de apego ou interesse da criança, mas também brinquedos que promovam o desenvolvimento desta, denominados reforçadores, visando sempre criar um ambiente prazeroso para que a criança com TEA tornando o ato de realizar contatos sociais uma atividade confortável e generalizável (KROEGER, SORENSEN, 2010).

Ainda sobre o Modelo Denver, este é subdividido em cinco eixos, o eixo um se trata da orientação social, que treina a criança para reconhecer a si de modo geral, rosto e partes do corpo, e expressões faciais, mas também reconhecer isto em terceiros. No eixo dois há a Linguagem social, que visa preparar a criança para que esta consiga se comunicar, seja de modo não verbal ou verbal (KROEGER, SORENSEN, 2010).

No eixo três estão os jogos sociais, que trabalha a empatia, reciprocidade, compartilhamento e o direcionamento de atitudes para terceiros de modo assertivo, o quatro trata da brincadeira simbólica, onde a criança é estimulada a usar sua imaginação e a fortalecer a ludicidade.

Já no eixo cinco, há a redução da deficiência, sejam estas de linguagem, motoras, sociais e adaptativas como aceitar o estabelecimento de rotinas e regras sempre com foco no aumento da autonomia da criança sob a deficiência tornando esta criança o mais independente possível dentro da realidade dela e de sua família.

A saber, para a eficácia deste método terapêutico uma equipe multidisciplinar capacitada precisa estar realizando esta intervenção, no entanto o papel dos responsáveis se mostra igualmente relevante se realizado em conjunto a esta equipe, visto que este método possui uma proposta naturalista, estes estarão praticando com seus filhos estratégias adaptadas para o ambiente familiar.

Igualmente relevante o modelo ABA (*Applied Behavior Analysis*), que em português recebe a nomeação Análise do Comportamento Aplicada, é o modelo terapêutico utilizado por profissionais em ambiente clínico ou naturalista, com apoio de animais terapêuticos, horta terapia, musicoterapia e brinquedos ou objetos de apego e/ou interesse da criança (FERNANDES et al., 2013).

Os treinos nesta modalidade terapêutica são realizados por profissionais de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia e são também adaptados e repassados aos pais com o intuito de promover a generalização dos comportamentos assertivos da criança para além do ambiente clínico (FERNANDES et al., 2013).



Os pais após receberem o treino que foi estruturado com um profissional analista do comportamento que observou os comportamentos relevantes a serem trabalhados os subdivide em dois pontos de atuação, sendo o primeiro a aplicação e aquisição de comportamentos em déficit ou nulos da criança autista podendo ser de qualquer área da vida desta, tanto escolar, social, lúdica, física, artística ou verbal (FERNANDES *et al.*, 2013).

Já o segundo foco é, a moderação de comportamentos excessivos que não são passíveis de adaptação, são eles, baixa motivação e interesses restritos, comportamentos estereotipados de fala ou físicos e ações auto lesivas. Estes pontos precisam ser trabalhados de forma conjunta, tendo em vista que o objetivos destes treinos é a generalização dos comportamentos assertivos para que esta criança possa transitar em diferentes ambientes com diversas pessoas conhecidas ou desconhecidas tornando assim o desenvolvimento sócio afetivo desta criança uma conquista não só dela, mas também de seus pais que estão trabalhando junto aos profissionais levando-a a uma realidade inclusiva em todos os âmbitos da vida (FERNANDES *et al.*, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações revisadas neste artigo, pode se concluir que o conteúdo foi em sua integralidade esclarecedor, acerca do Transtorno do Espectro Autista e das habilidades parentais comumente requeridas para o desenvolvimento socioafetivo da criança com TEA. Este artigo foi um desafio por se tratar de uma temática pouco abordada atualmente, haja visto que estudos com maior relevância e conteúdo datam mais de 1 década. Entretanto as informações que este artigo trás dá a quem quer que busque a respeito deste tema informações suficientes para iniciar um embasamento teórico relação ao assunto no cenário atual.

A identificação das características do TEA e o diagnóstico mais assertivos demonstram que tanto os profissionais estão mais atentos e melhor informados a cerca deste transtorno como também os pais. Isso contribui para que estes responsáveis que possuem a informação passem a adquirir e colocar em prática as habilidades expostas neste artigo.

A partir destas habilidades a criança poderá receber a assistência devida de uma rede de apoio que auxiliará no seu desenvolvimento sócio afetivo. Visando o conteúdo trazido neste artigo é possível que este gere questionamentos e reflexões no âmbito acadêmico e de pesquisas científicas não só no campo da psicologia, mas também em outras áreas da saúde e família.

Visto isso, a temática tem relevância para o desenvolvimento da criança autista sim, mas também do familiar como um todo, após esta revisão bibliográfica é concluído também que a discussão e pesquisas sobre este tema se mostram importantes principalmente para que sejam



observados novos manejos e habilidades eficazes para o crescimento sócio afetivo da criança com TEA.

Mas também para o estudo a respeito do tema, de modo que podem vir a ter notória contribuição para a criação ou desenvolvimento de novas linhas de pesquisa, com intuito também de preencher lacunas acerca das habilidades parentais requeridas de pais de crianças autistas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA MSC, Sousa- Filho LF, Rabelo PM, Santiago BM. **Classificação Internacional das Doenças - 11ª revisão: da concepção à implementação.** Rev Saude Publica. 2020;54:104.

BARBARESI, W. J., Katusic, S. K., & Voigt, R. G. (2006). **Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians.** Archive of Pediatric and Adolescent Medicine, 160, 1167-1175

BARBOSA MR, Fernandes FD. **Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico.** Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14:482-6.

BAUMRIND, D. (1966). **Effects of authoritative parental control on child behavior.** Child Development, 37(4),887-907.

BAUMRIND, D. (1967). **Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior.** Genetic Psychology Monographs, 75(1),43-88.

BOLSONI-SILVA, A. T., & Marturano, E. M. (2008). **Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: Comparando pais e mães de pré-escolares.** Aletheia, (27),126-138.

BRADFORD, R. 1997. **Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care.** London, Routledge, 215 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro autista.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2014. p. 5-74. n. 3

CARLEY, katie. 2019. **patterns and levels of intensity in young children with autism spectrum disorder** — in proceedings: 19th annual undergraduate research and creative activity forum. wichita, ks: wichita state university, p. 32.

CASTRO, Elisa Kern de. **Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde.** Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 27, n. 3, p. 396-405

DEL PRETTE, A., & Del Prette, Z. A. P. (2002). **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo (2. ed.).** Petrópolis: Vozes.



FÁVERO, Maria Ângela Bravo e Santos, Manoel Antônio dos **Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura**. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online]. 2005, v. 18,

FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda e Amato, Cibelle Albuquerque de la Higuera **Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura**. *CoDAS*. 2013, v. 25, n. 3, pp. 289-296.

IORE-CORREIA, O., Lampreia, C. 2012, A conexão afetiva nas intervenções desenvolvimentistas para crianças autistas. *Psicologia ciência e profissão*, 32, 2012

HOFFMAN, M. L. (1975). **Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction**. *Developmental Psychology*, 11(2),228-239.

HOFFMAN, M. L. (1994). **Discipline and internalization**. *Developmental Psychology*, 30(1),26-28.

KANNER L. **Autistic disturbances of affective contact**. *Nerv Child* 1943;2:217-50. (*Acta Paedopsychiatr* 1968;35(4):100-36)

KING, G.; Baxter, D.; Rosenbaum, P.; Zwi- Genbaum, L.; Bates, A. 2009. **Belief systems of families of children with autism spectrum disorders or Down syndrome**. *Focus Autism Other Dev Disabl*, **24**:50-64.

KLIN, Ami. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral**. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2006, v. 28

KROEGER K, Sorensen R. **Um modelo de treinamento de pais para crianças com autismo**. *J Intellect Disabil Res*. 2010;54(6):556-67.

LOTTER, V. (1966). **Epidemiology of autistic conditions in young children**. I. Prevalence. *Social Psychiatry*, 1, 124-137.

MACHADO, Mônica Sperb; Londero, Angélica Dotto e Pereira, Caroline Rubin Rossato. Tornar-se família de uma criança com transtorno do espectro autista. *Contextos Clínic* [online]. 2018, vol.11, n.3

MAGALHÃES, Juliana Macêdo et al. **Vivências de familiares de crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista**. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2021, v. 42

**Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 /** [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014

MARTIN G.; Pear J. [tradução Noreen Campbell de .Aguirre; revisão científica Hélio José Guilhardi]. **Modificação de comportamento: o que é e como fazer**. 8 ed. São Paulo: Roca, 2009.

MEIRAS, N. P. (1987). **Modalidades de atuação e pesquisa em psicologia clínica**. *Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 3, n. 2, p. 166-177.



NEWSOM, C., & Hovanitiz, C. A. (2006). **Autistic spectrum disorders**. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 455-511). New York: Guilford Press.

OLSON, D. H., Portner, J., Lavee, Y. 1985. **Faces III**. St. Paul, University of Minnesota, 42 p.

PAIVA JR, Francisco. **EUA publica nova prevalência de autismo: 1 a cada 44 crianças, com dados do CDC**. Canal autismo, 2021.

PINTO, Rayssa e Muniz Naftaly 2016, **Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online], v.37, Nº 3, 2016

SAMSON AC, Huber O, Ruch W. **Seven decades after Hans Asperger's observations: a comprehensive study of humor in individuals with Autism Spectrum Disorders**. Humor. 2013;26:441-60.

SCHIMIDT, C. **Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de autismo**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) &– Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SILVA, Micheline; Mulick, James A.. **Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 29, n. 1, p. 116-131, mar. 2009 .

SOUZA, José Carlos et al. **Atuação do psicólogo frente aos transtornos globais do desenvolvimento infantil**. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2004, v. 24, n. 2

TEIXEIRA, Rita Petrarca. **Repensando a psicologia clínica**. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 1997, n. 12-13 pp. 51-62.