

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Especialização em Transtorno do Espectro do Autismo – TEA

Thais Vital de Camargos

ESTUDO DE CASO: Em uma criança autista e a trajetória de diagnóstico e tratamento

Belo Horizonte

2022

Thais Vital de Camargos

ESTUDO DE CASO: Em uma criança autista e a trajetória de diagnóstico e tratamento

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Transtorno do Espectro do Autismo

Orientadora: Prof (a). Dr. Maria Luísa M. Nogueira

Belo Horizonte

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

150 C172e 2022	<p>Camargos, Thais Vital de.</p> <p>Estudo de caso [recurso eletrônico] : em uma criança autista e a trajetória de diagnóstico e tratamento / Thais Vital de Camargos. - 2022.</p> <p>1 recurso online (30 f. : il.) : pdf</p> <p>Orientadora: Maria Luísa Magalhães Nogueira.</p> <p>Monografia apresentada ao curso de Especialização em Transtorno do Espectro do Autismo - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Autismo. 2. Diagnóstico. I. Nogueira, Maria Luísa Magalhães . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.</p>
----------------------	---

ATA DE DEFESA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO

UFMG

ATA DA DEFESA DA MONOGRAFIA DA ALUNA THAIS VITAL DE CAMARGOS


Realizou-se, no dia 03 de dezembro de 2022, às 10:00 horas, Saguão da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EFFETO), UFMG Campus Pampu, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de monografia, intitulada *ESTUDO DE CASO: Em uma criança autista e a trajetória de diagnóstico e tratamento*, apresentada por THAIS VITAL DE CAMARGOS, número de registro 2020667414, graduada no curso de FONOAUDIOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do certificado de Especialista em TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Maria Luisa Magalhaes Nogueira - Orientador (UFMG), Prof(a). Gisele Camilo da Mata (UFMG), Prof(a). Delma Aurelia da Silva Simao (UFMG).

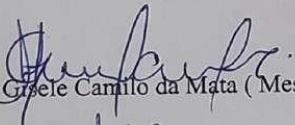
A Comissão considerou a monografia:

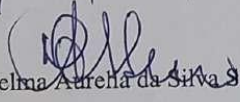
Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 03 de dezembro de 2022.

Prof(a).  Maria Luisa Magalhaes Nogueira (Doutora)

Prof(a).  Gisele Camilo da Mata (Mestre)

Prof(a).  Delma Aurelia da Silva Simao (Doutora)

RESUMO

O presente trabalho tem o intuito de acompanhar o itinerário terapêutico de uma família da região metropolitana de Belo Horizonte na busca pela construção e compreensão do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). A pesquisa busca verificar como o diagnóstico pode possibilitar formas de intervenção terapêutica eficazes para a busca de uma vivência ampla nos âmbitos socioeducacional, afetivo e entre pares. A metodologia utilizada foi um estudo de caso, no qual foram analisados relatórios disponibilizados pela família, bem como uma entrevista semiestruturada com a mãe. A trajetória da família em busca de diagnóstico foi interpelada por vários profissionais, mas o diagnóstico e os tratamentos ainda são de difícil acesso e qualidade, principalmente na rede pública, o que pode estar atrelado ao aumento do número de diagnósticos nos últimos anos e poucos profissionais qualificados para o atendimento demandado. A observação do caso clínico trouxe como conclusão que o caminho a ser trilhado para diagnóstico e tratamento ao TEA deve ser ainda mais humanizado, compreendendo os indivíduos enquadrados no espectro em suas potencialidades, para além do diagnóstico em si. O acolhimento, a conscientização e a sensibilização social são passos de extrema importância para que o paciente tenha qualidade de vida no âmbito sociocultural.

Palavras-Chave: TEA, Transtorno do Espectro Autista, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

The present research aims to follow the therapeutic itinerary of a family in the metropolitan region of Belo Horizonte, on a search for construction and understanding of how Autism Spectrum Disorder (ASD) presents impacts and challenges in the growth of their child, as well as how the diagnosis enables effective forms of therapeutic intervention in the search for a broad socio-educational, affective and peer-to-peer spheres experiences. The trajectory of the family in search of a diagnosis was questioned by several professionals, but the diagnosis and treatments are still difficult to access, especially in the public health system, which may be linked to the increase in the number of diagnoses in recent years, mostly because of the few qualified professionals for the service demanded. The observation of the clinical case brought as a conclusion that the path to be followed for diagnosis and treatment of ASD, must be even more humanized, including individuals in the spectrum in their potential, beyond the diagnosis itself. Reception, and social awareness are extremely important steps towards a quality experience in the sociocultural context in our society.

Keywords: ASD, Autism Spectrum Disorder, Diagnosis, Treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Nascimento, parto e primeiros sinais	20
Figura 2 - Acompanhamento de 1 ano até 1 ano e 8 meses.	21
Figura 3 - Diagnóstico.....	21
Figura 4 - CID e Inclusão Social	22
Figura 5 - Busca por terapias alternativas	21
Figura 6 - Tratamento Atual.....	21

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PRECOCE	15
1.1 Itinerários terapêuticos	18
2. MÉTODO.....	19
3. APRESENTAÇÃO DO CASO	20
3.1 Resultados.....	25
4. DISCUSSÃO:.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) vem sendo estudado há quase seis décadas, assumindo, ao longo desse período, faces variadas que culminam em sua descrição atual. A ideia de espectro assume que há uma apresentação diversificada de sinais e sintomas por cada indivíduo analisado.

O conhecimento histórico do TEA passa por várias camadas de diferentes modelos de compreensão desta condição e, ainda hoje, nossa forma de entender esse transtorno de desenvolvimento e os itinerários terapêuticos dos autistas e suas famílias, em busca de diagnóstico e intervenção, são analisados por diferentes áreas do saber. O livro “Outra Sintonia” (DONVAN E ZUCKER, 2017) relata detalhadamente essa história. Vamos apresentar brevemente essa história, tomando como base o trabalho de Donvan e Zucker.

O autismo obteve sua primeira descrição, em 1943, em um artigo escrito em inglês, traduzido livremente como: “Distúrbios autísticos do Contato Afetivo” por um médico austríaco chamado Léo Kanner (1943), que considerava o autismo como um distúrbio raro e de natureza congênita. Sendo demarcada pelo autor como principal característica a incapacidade, desde a primeira infância, de as crianças se relacionarem com outras pessoas (preferência por ficar sozinho, a necessidade de manter rotina e mesmo padrão). Como características secundárias apresentam-se movimentos estereotipados e alteração de linguagem, fala e cognição.

Apesar da descrição feita, o autismo prosseguiu em processo de desconhecimento na literatura médica americana como um diagnóstico nas décadas de 1940 e 1950. Não houve consenso sobre quais critérios seriam os mais apropriados para sua caracterização, e conseqüentemente, sobre sua melhor nomenclatura.

O médico austríaco Hans Asperger escreve, em 1944: “Psicopatologia autística na infância”. Asperger foi o primeiro a apontar uma maior prevalência de diagnósticos de autismo em meninos, de forma que o psiquiatra passa a se referir a seus pacientes como “pequenos professores”, por conta da habilidade de comunicar sobre um determinado tema detalhadamente, entretanto, cabe salientar que os historiadores nunca identificaram a fonte dessa suposta afirmação por parte de Asperger.

Essa afirmação torna-se um marco posterior para a história do autismo, já que o médico publicou observações de mais de duzentas crianças tratadas e observadas por ele, com

características comuns. O artigo de Asperger ganha notoriedade ao ser traduzido para o inglês pela psiquiatra Lorna Wing (1991), mãe de criança atípica que se dedicou a estudar o TEA.

O autismo se tornou mais popular na literatura médica nos anos 1960, período em que houve uma tendência geral na psiquiatria de culpabilização dos pais pelo autismo dos filhos – esse período ficou marcado na história como a era da chamada “mãe geladeira”. Não se sabe ao certo os motivos que levaram o médico Leo Kanner (1949) a considerar a rejeição parental como causa do autismo, descrevendo os pais como “indiferentes, frios e obsessivos”.

Leo Kanner, em seu artigo de 1949, considerava o autismo como um distúrbio de natureza congênita. Kanner não foi o único responsável pelo movimento de culpabilização das mães. Bruno Bettelheim, que não tinha formação na área psicológica/médica e chegou a ser considerado um dos maiores psicólogos infantis do mundo, foi o grande responsável pela propagação da ideia de que o autismo era resultado da frieza materna. Posteriormente, foi feita retratação por Kanner pela natureza do discurso propagado.

As ideias apresentadas por Kanner e Bettelheim sustentaram uma das principais teorias do autismo na década de 1960: seus posicionamentos os colocaram como defensores da etiologia afetiva ou teoria psicogênica.

O contraponto para ambos os autores seria apresentado por Bernard Rimland (1958), psicólogo experimental que dedicou a carreira a pôr fim à teoria da “mãe geladeira”, constatando que esta ideia não apresentava respaldo científico e estatístico nos trabalhos até então existentes. Para isso, Rimland reuniu 230 casos descritos por diversos pesquisadores. As constatações feitas o levaram a questionar os cuidados parentais como causadores do autismo e a apostar cada vez mais em sua natureza biológica. Rimland chegou a trocar diversas correspondências com Leo Kanner, que, como forma de se retratar com o público, ofereceu total apoio às ideias defendidas pelo psicólogo. Dessa forma, Rimland tornou-se o representante principal da escola de etiologia orgânica do autismo.

A etiologia orgânica do autismo não passou despercebida. Observou-se um movimento de insatisfação com a falta de evidências que demonstrassem a eficácia da abordagem psicanalítica defendida e utilizada por Bettelheim para o autismo. Ole Ivar Loovas foi um dos pioneiros na adoção de um novo paradigma teórico para o tratamento do autismo: o *behaviorismo*.

Ele conduziu uma série de experimentos no Instituto de Neuropsiquiatria da Universidade da Califórnia com crianças institucionalizadas ou não. Seus estudos tinham por

objetivo retardar a frequência de comportamentos fisicamente nocivos em crianças que eram vistas como autodestrutivas e que exerciam autolesão e agitação intensa do corpo.

A pesquisa conduzida por ele ficou conhecida na história da Psicologia como a controversa terapia de aversão e consistia em parear a ocorrência de comportamentos-problema com estímulos aversivos. Com o passar do tempo, o pesquisador substituiria gradativamente o uso de punições por reforçadores e suas intervenções voltaram-se para a modelagem de repertórios comportamentais mais adaptativos.

As sessões estruturadas com tempo e ordem determinada, decomposição de tarefas complexas em partes mais simples e o uso de reforçadores foram as condições necessárias para a criação da *Applied Behavior Analysis* (Análise Aplicada do Comportamento), ou ABA.

Os Estados Unidos se concentravam em pesquisas para a busca da solução do autismo, propondo uma série de tratamentos, já na Grã-Bretanha os pesquisadores buscavam a compreensão do cérebro e da mente autista.

As maiores contribuições para o autismo advindas das pesquisas inglesas ficariam a cargo de Lorna Wing (1991) e a sua proposta para o conceito do que hoje se entende por “espectro”. A proposta da autora foi entender o autismo dentro de um *continuum* pois, conforme a pesquisadora, não era possível estabelecer limites fixos entre o autismo grave e o leve.

As definições eram estreitas e excludentes com aqueles que não se ajustavam às categorias, os deixando de fora dos tratamentos e acessos a serviços fundamentais. Wing propôs, então, a sua tríade da incapacidade como definidora do transtorno: incapacidade no conjunto usual de habilidades sociais, na linguagem recíproca e na imaginação social.

Conforme apontado pela autora, o que fornece sentido à sua proposta é que os elementos da sua tríade se compõem com variabilidade e flexibilidade. Ou seja, as características do autismo podiam aparecer em muitas combinações e em infinitos matizes de intensidade, até o limite da normalidade.

Nessa altura, o autismo já estava incluído na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-3), em 1980, como autismo infantil, sendo considerado um transtorno invasivo do desenvolvimento. A proposta de Wing influenciou na revisão do DSM em 1987 (DSM-3-R), sendo então inclusas duas categorias: transtorno autista e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, rótulo mais abrangente para incluir aqueles vistos como aquém ao diagnóstico.

Além da proposição do espectro autista, a pesquisadora também ficaria conhecida por apresentar o conceito diagnóstico da Síndrome de Asperger para o restante do mundo. A tríade

de incapacidades englobava as descrições de Kanner e as feitas por Asperger entre 1938 e 1944, traduzidas para o inglês pela autora nos anos 1980, fato que rendeu à Síndrome de Asperger, na década de 1990, uma categoria diagnóstica própria no DSM-4 entre os transtornos globais do desenvolvimento.

Ao final da década de 1990 e início da década de 2000, o autismo se popularizou perante duas questões: uma suposta epidemia e o medo da vacina. Nesse momento, o número de crianças diagnosticadas com autismo teve aumento drástico. Dados de um relatório demográfico de 1999 que viria a ser conhecido como “Estudo da Califórnia” demonstravam um aumento de 273% no número de casos de pessoas autistas que se beneficiavam dos serviços públicos de assistência.

As mudanças na prevalência do autismo no decorrer do tempo são reflexos das alterações ocorridas em sua definição e nas edições do DSM. A literatura científica sugere a hipótese de que as mudanças nos critérios foram as responsáveis pelo aumento na incidência do autismo. Para o público leigo, essas explicações não eram acessíveis. É salientado, por Roy Grinker, antropólogo estadunidense, que: “[É possível que novos números] reflitam uma mudança na forma como nossa cultura percebe uma condição específica de saúde e doença” (GRINKER, 2010, p. 13). Para o sociólogo, as mudanças sociais lançaram novos olhares sobre o TEA, bem como suas manifestações:

Embora seja provável que o autismo exista entre os humanos há pelo menos cem anos, até muito recentemente ninguém havia pensado em criar uma categoria distinta para ele, uma vez que a nossa cultura – nossos sistemas sociais, educacionais e médicos – não estava pronta para ele (GRINKER, 2010, p. 24).

Além das mudanças na forma de realizar o diagnóstico, foi sendo construído um maior entendimento, ou novas formas de conscientização, sobre o quadro, bem como sobre a intervenção precoce. No entanto, esse processo foi também atravessado por leituras capacitistas, além dos diversos interesses, como financeiros, sobre propostas de tratamentos sem evidência científica, que prometiam a cura em contexto de charlatanismo a abuso da fragilidade dos pais perante o diagnóstico recente.

Ainda de acordo com Donovan e Zucker (2017), apesar de não haver evidências científicas, Andrew Wakefield (1998) publicou um artigo na revista Lancet, levantando a hipótese da existência de um "vínculo causal" entre a emergência de sinais de autismo e a aplicação da vacina MMR, (contra sarampo, rubéola e caxumba), que havia sido aplicada em 11 das crianças estudadas. No entanto, a repercussão midiática instigou o debate entre os cientistas e famílias. Como resultado, movimentos antivacina surgiram em diversos países.

A polêmica perduraria por anos até que, em 2004, foi descoberto que Wakefield possuía interesses em promover uma vacina antissarampo que supostamente seria uma alternativa segura e que estava patenteada em seu nome. Seu estudo, portanto, foi metodologicamente manipulado para a apresentação de dados falsos, de modo a desqualificar as vacinas correntes na época. Mesmo com a retirada de sua licença médica e descrédito de sua pesquisa, as ações de Wakefield repercutem até a contemporaneidade entre movimentos antivacina.

Algumas controvérsias sobre o TEA ainda permanecem, mas atualmente o Transtorno do Espectro Autista é considerado um transtorno de neurodesenvolvimento de origem multifatorial e de características heterogêneas. As alterações dentro do espectro necessariamente emergem na primeira infância, mas, em alguns casos, os prejuízos só são notados mais tardiamente. Para Ribeiro *et al* (2017), os pais de crianças com autismo costumam perceber que o padrão de desenvolvimento de seus filhos já não segue o ritmo esperado no primeiro ano de vida, sendo que muitas crianças com TEA podem não receber um diagnóstico adequado até o momento da idade pré-escolar, momento no qual as interações sociais ocorrem com maior intensidade. Deve-se salientar também que em países com baixa e média renda o acompanhamento por equipes multidisciplinares de saúde pode atrasar ainda mais a formalização de um diagnóstico eficaz.

Em estudo produzido pelas autoras supracitadas, denominado “*Barriers to early identification of autism in Brazil*”, foi evidenciado que em países de baixa e média renda, como na Venezuela, os pais já apresentavam preocupação com o desenvolvimento das crianças em idade média de 21-24 meses, enquanto a idade para o diagnóstico variou até os seis anos. Até a publicação do estudo as autoras não possuíam dados sobre a idade de diagnóstico de TEA no Brasil (RIBEIRO *et al*, 2017).

Enquanto as crianças com desenvolvimento típico começam a falar e interagir socialmente de forma mais significativa a partir da primeira infância, os atrasos ou a ausência total da linguagem verbal e não verbal, comportamentos como orientação social, atenção conjunta e imitação, assim como o isolamento social, tornam-se mais evidentes em crianças com TEA.

O Transtorno do Espectro Autista é considerado pelo DSM-5 (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) como Transtorno do Espectro do Autismo (CID 6A02) e, tem como característica prejuízo na interação social, comunicação e repertório restrito de atividades. As subdivisões são relacionadas aos prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual: 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; 6A02.5 – 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.

A incidência de autismo aumentou consideravelmente nos últimos anos, sendo mais prevalente em meninos do que em meninas, sendo observados quadros de 4 por 1, ocorrendo dentro da comunidade médica e científica a percepção de subnotificação de diagnósticos em meninas. Em 70% dos casos o autismo vem acompanhado de alguma comorbidade, para Bianchini (2013, p. 33) são essas as comorbidades mais encontradas: epilepsia, distúrbio do sono, transtorno de atenção e hiperatividade (TDAH), ansiedade, estereotipia, comportamento infrator e DI. Também foi encontrado a comorbidade da deficiência auditiva.

A etiologia do autismo ainda é desconhecida. Centenas de estudos têm tentado desvendar os fatores genéticos associados a essa condição neurodivergente, bem como as causas neurobiológicas associadas, tais como: convulsões; deficiência mental; diminuição de neurônios e sinapses na amígdala, hipocampo e cerebelo; tamanho aumentado do encéfalo e concentração aumentada de serotonina circulante sugerem forte componente (CARVALHEIRA, VERGANI, BRUNONI, 2004).

1. DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PRECOCE

Segundo Silva e Mulick (2009), foram realizados avanços substanciais nos últimos anos em relação à identificação precoce e ao diagnóstico de autismo, porém, ainda assim, muitas crianças, especialmente no Brasil, continuam por muitos anos sem um diagnóstico ou com diagnósticos inadequados. O estudo de Ribeiro e colaboradores (2017) identificou que a idade média de diagnóstico em crianças ocorre em torno dos 6 anos de idade (RIBEIRO, et al, 2017). Em vários Estados do país, ficou evidenciado que muitas crianças ainda permanecem com um diagnóstico em aberto até as idades de 6 ou 7 anos e até mesmo por mais tempo.

Para Silva e Mulick (2009) é possível diagnosticar crianças com idades entre 18 e 24 meses ou até mesmo mais novas – entre 6 e 12 meses (SILVA; MULICK, 2009). Lampreia (2013), desenvolve estudos em que discorda de Silva e Mulick (2009), para ela, “*o desvio é detectado muito tardiamente não só no Brasil, mas no mundo inteiro, inclusive em países desenvolvidos*” (PESSIM, 2015, pg. 03). Em diversos países como nos Estados Unidos, por exemplo, a média de idade das crianças diagnosticadas tem sido entre os 3 a 4 anos de idade, no entanto, muitos pais já começam a notar que existe algo peculiar no desenvolvimento da sua criança até no primeiro ano de vida.

A importância do diagnóstico precoce para a devida intervenção, e se necessária devida medicação e intervenções terapêuticas, melhoram o prognóstico e contribuem para a diminuição da severidade dos casos. Em consultório é observado ganho quando a criança está devidamente acompanhada e em tratamento multidisciplinar.

O problema do estudo centrou-se em conhecer o caminho que uma criança com TEA e seus familiares percorreram, e ainda percorrem, para ter acesso a tratamentos, educação e acessibilidade nos espaços da cidade para suas necessidades cotidianas. O objetivo deste trabalho, portanto, é apresentar e discutir o itinerário terapêutico de uma família da região metropolitana de Belo Horizonte na busca pela construção e compreensão do Transtorno do Espectro Autista (TEA). A pesquisa busca discutir como o diagnóstico pode possibilitar formas de intervenção terapêutica eficazes para a busca de uma vivência ampla nos âmbitos socioeducacional, afetivo e entre pares, a partir da entrevista com a família de uma criança com

TEA, bem como da análise de relatórios, como forma de potencializar o desenvolvimento do filho com Transtorno do Espectro Autista.

Um dos grandes esforços do momento é a detecção precoce de crianças em situação de suspeita de TEA, pois está claro que quanto mais cedo se inicia uma intervenção adequada, melhor o prognóstico e menor a carga familiar e social. O diagnóstico de TEA ainda é exclusivamente clínico, feito pelo médico especialista com subsídio de avaliações de equipe multiprofissional.

Diversos estudos destacam a intervenção precoce como fator fundamental para a melhora do quadro clínico do autismo, gerando ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança, devido à plasticidade cerebral e à precocidade que o início da intervenção desempenha na potencialização de seus efeitos positivos.

Alguns autores ressaltam fatores que podem influenciar no atraso na realização do diagnóstico precoce, entre eles ressaltamos Zanon (2014, p. 25-33), que mobiliza as seguintes variáveis:

- 1) a variabilidade na expressão dos sintomas do TEA;
- 2) as limitações da própria avaliação de tarefas pré-escolares, uma vez que essa população demanda instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais mais sutis e próprios dessa faixa etária;
- 3) a falta de profissionais treinados e/ou habilitados para reconhecer as manifestações precoces do transtorno;
- 4) a escassez de serviços especializados.

Para a autora, uma importante limitação do diagnóstico precoce refere-se ao fato de que muitas das características comportamentais do TEA, tal como constam nos manuais de classificação e de critérios diagnósticos, baseiam-se principalmente em sintomas que são comuns em crianças e adultos, mas que dificilmente são vistos em bebês, por exemplo: a interação com os pares. A mesma limitação aparece quando se analisam dificuldades no desenvolvimento da linguagem em crianças que ainda não falam, uma vez que o reconhecimento dos comprometimentos na área não verbal, como a comunicação através dos gestos e expressões faciais/posturais, ainda é um desafio (ZANON, et al, 2014).

No artigo “Identificação dos Primeiros Sintomas de Autismo pelos Pais”, por Regina Basso Zanon e outros autores, de 2014, são salientadas as percepções de Gray & Tonge (2001) e de Turner(1999), sobre as quais destacamos:

Além disso, os comportamentos e interesses repetitivos e/ou rituais, dificilmente se manifestam antes dos 18 meses e tendem a se tornar mais aparentes aproximadamente

entre os 3 e 4 anos, período em que a identificação do referido transtorno também é menos ambígua. Em vista disso, geralmente o encaminhamento das crianças com suspeita de TEA só ocorre quando se percebe um atraso importante na fala, ainda que desvios no desenvolvimento da sociabilidade possam ser observados mais cedo (Gray & Tonge, 2001; Turner, 1999, citados por Zanon, et al, 2014 pg. 25-33).

Devido à convivência diária, envolvendo diferentes contextos e ocasiões, reconhece-se que, na maioria das vezes, são os pais, e não os profissionais, os primeiros a suspeitarem de problemas no desenvolvimento da criança.

Sendo assim, a realização de entrevista com os pais é uma importante fonte de informação quando se pretende realizar o diagnóstico ou pesquisas envolvendo crianças com TEA, ainda que haja limitações nesse procedimento. Entre os obstáculos, destacam-se os vieses, como o número restrito de protocolos e o desconhecimento por parte dos pais sobre os aspectos do desenvolvimento que são esperados para cada idade. (CHAKRABARITI, 2009).

O início do quadro se dá nos primeiros anos de vida, podendo se apresentar por meio de um atraso na aquisição dos marcos de desenvolvimento social – sendo que o atraso de fala tende a ser a primeira preocupação dos pais. Em aproximadamente 30% dos casos ocorre uma regressão no segundo ano de vida com perda de marcos já adquiridos, como a fala, o brincar funcional, a diminuição de interesse por sociabilização e o início de comportamentos repetitivos (MALHEIROS, 2017). Os pais são capazes de reconhecer sintomas próprios do TEA durante os dois primeiros anos de vida do filho. Esse aspecto é fundamental porque é um gatilho na busca por auxílio médico, em uma cadeia de acontecimentos que pode culminar com o diagnóstico precoce. Os comprometimentos no comportamento social são os mais precocemente observados pelos cuidadores, sobretudo quanto à qualidade da interação social, além do possível atraso de fala, já mencionado.

As primeiras manifestações sintomáticas são observadas pelo uso de instrumentos específicos, como anamnese, a fim de possibilitar a recordação dos pais acerca dos sinais mais sutis no que diz respeito ao comportamento de seus filhos.

No que se refere ao contexto brasileiro, a busca por diagnóstico é ainda anterior, uma vez que pesquisas envolvendo a construção e a validação de instrumentos específicos para o TEA estão muito iniciais, principalmente no que tange aos meios de rastreamento de casos suspeitos.

1.1 Itinerários terapêuticos

Para entendimento do leitor, faz-se necessário delinear aquilo que aqui se concebe como itinerário terapêutico. Conforme apresentado por Silva (2018), o itinerário terapêutico é caracterizado pela identificação precoce dos sinais e sintomas que compõem o que se compreende como parte do diagnóstico. Sendo que a busca do diagnóstico é atravessada por diversos e inúmeros desafios que podem acarretar uma demora significativa para a descrição do caso, da formalização do diagnóstico e seu correto tratamento, bem como da intervenção oportuna.

Cabe ainda delinear que o itinerário terapêutico deve ser visto como um atravessamento que não só implica o paciente analisado pela equipe multidisciplinar, mas sua família e rede de apoio que, como um todo, são também atravessados pela sobrecarga emocional na busca de uma definição sobre os “porquês” e “o que” tenta se compreender.

Dentre as principais barreiras relatadas pela família durante este processo, temos a dificuldade de organização da rotina e de acesso seguro aos serviços de atenção primária à saúde, bem como dos impactos atrelados a como o diagnóstico passa a ordenar o contexto sociocultural em que estes estão inseridos. Consonante ao apontado durante este trabalho, a família de crianças autistas tende a se excluir e orientar-se dentro de uma bolha formada pelo núcleo familiar, uma vez que a compreensão social do quadro de TEA não é observada com a mesma naturalidade como outros diagnósticos, como, por exemplo, o de Síndrome de Down.

Por fim, é importante salientar que idealmente, no processo do desenvolvimento do itinerário terapêutico, os familiares de pessoas com autismo deveriam ser acolhidos com atenção, empatia e afeto, no que tange aos aspectos psicoterapêuticos e afetivos, uma vez que o enfrentamento na busca do diagnóstico deve ir além do plano assistencial básico da rede de saúde, mas deve inserir-se no que se entende como construção social da vida nuclear destas pessoas.

2. MÉTODO

O relato de itinerário terapêutico é de grande relevância nas pesquisas por contribuir para a compreensão dos caminhos percorridos, facilidades e dificuldades, compreensão do protagonismo desses sujeitos com seus diagnósticos e tratamentos, favorecimento de aproximação dos saberes, além de possibilitar novos caminhos para o favorecimento do diagnóstico e do tratamento.

Esse relato se configura como retrospectivo de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), aplica-se à história das pessoas, à percepção de como vivem, suas crenças e formas de agir.

Foi realizada entrevista com perguntas abertas, para que se pudessem considerar prioritariamente e de maneira pessoal a opinião da família acerca de questões referentes ao TEA. Entre estas perguntas destacou-se: quem observou os primeiros sinais, qual foi o percurso percorrido para a descoberta do diagnóstico, como foi a busca por tratamento, qual eram suas concepções e como se sentiam diante do diagnóstico. Para além das perguntas, observou-se como foi feita a recepção do tratamento e a relação com profissionais envolvidos.

A entrevista foi estudada após a transcrição do áudio e analisada a partir do método de análise de conteúdo temática (MINAYO, 2012). A escolha do método se deu pela possibilidade que este apresenta de levar em conta tanto os aspectos objetivos e aparentes que emergem do discurso dos entrevistados quanto um campo mais simbólico e menos aparente do que se comunica. No processo de análise dois grandes temas foram definidos: o itinerário pela busca do diagnóstico inicial de um processo e as rotas de cuidado.

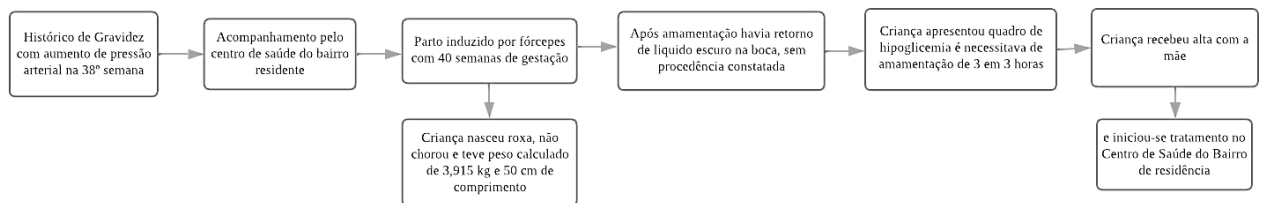
Após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

3. APRESENTAÇÃO DO CASO

D. A, 10 anos e 5 meses, sexo masculino, histórico de gravidez com aumento da pressão arterial materna na trigésima oitava semana de gestação, acompanhamento pelo Centro de Saúde do bairro, residente em Ribeirão das Neves.

A família procurou hospital com 40 semanas, quando o obstetra induziu o parto. Foi necessária a utilização de fórceps e a criança nasceu roxa, não chorou, tendo peso de 3,915 kg e medição de 50 centímetros de comprimento.

Após o nascimento observou-se que depois da amamentação ocorria retorno de líquido escuro na boca, sem procedência relatada. O recém-nascido apresentou quadro de hipoglicemia e por isso precisava de amamentação de três em três horas. A criança recebeu alta junto com a mãe, com índice 8 no relatório de APGAR. Após a alta iniciou acompanhamento no Centro de



Saúde do bairro em que se situava a residência da família.

Figura 1- Nascimento, parto e primeiros sinais

A mãe suspeitou do desenvolvimento atípico depois que criança completou um ano, devido ao quadro de regressão. Segundo ela “a criança balbuciava: ‘mama, papa’ e depois parou”, não era uma criança sociável, não sorria muito e estranhava alguns lugares. Estes foram os sinais que levaram família a suspeitar de possível atraso.

Em consultas realizadas pelo SUS, a triagem realizada pela equipe de enfermagem era quem orientava a necessidade de consulta médica, sendo relatado que o enfermeiro dispensou as consultas relatando que isso fazia parte da conduta de personalidade da criança.

A família procurou ajuda médica, mas não obteve êxito, visto que os médicos relatavam que a timidez era da personalidade de D.A. Na época, ele foi avaliado por um pneumologista da rede privada, devido a crises de bronquite. Por orientação médica, definiu-se por aguardar até 1 ano e 8 meses para nova avaliação.

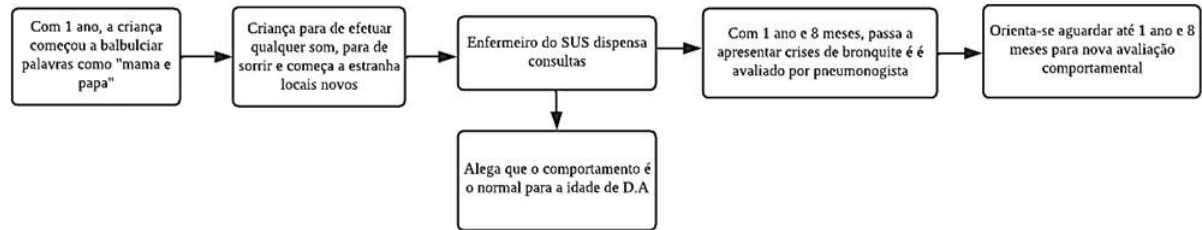


Figura 2 - Acompanhamento de 1 ano até 1 ano e 8 meses.

Próximo da criança completar 2 anos, a família foi orientada pela vizinha a realizar consulta no ambulatório Borges da Costa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Nesta, D.A passou pela primeira consulta com pediatra e depois psiquiatra, que diagnosticou na primeira consulta o TEA (Transtorno do Espectro do Autismo).

Este profissional encaminhou D.A para a área de neurologia e para outras especialidades: fonoaudiologia e terapia ocupacional, pois criança não andava, não falava e não brincava como as outras crianças. Também não frequentava a escola, mediante este fato, a família foi orientada a matricular a criança em ambiente escolar para a promoção de atividades de socialização.

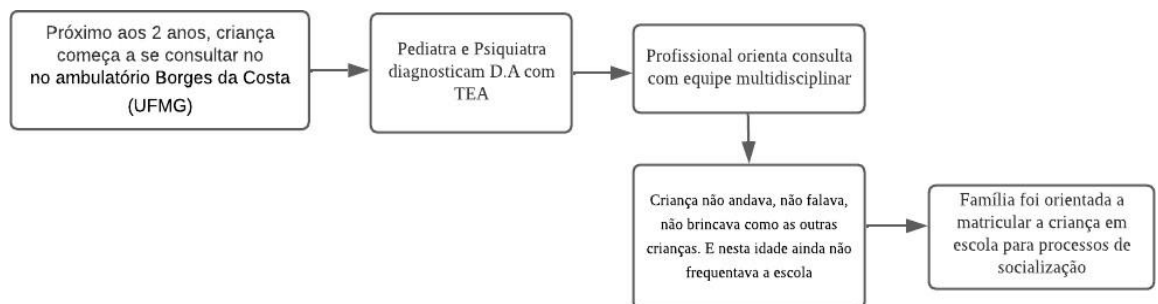


Figura 3 - Diagnóstico

Durante o acompanhamento com a neurologia no ambulatório Borges da Costa foram solicitados alguns exames. Na Triagem Auditiva neonatal nas Emissões Evocadas por Estímulo Transiente obteve-se como resultado: “emissões evocadas transiente presentes bilateralmente”. Na avaliação comportamental auditiva apresentou atenção ao som do guizo, reflexo cócleo-palpebral presente, respostas de acordo com o esperado para a idade.

Na tomografia computadorizada do Crânio/Encéfalo obteve-se como resultado: encéfalo de aspecto normal com observação de discreto espessamento da mucosa nos antros maxilares. No exame de Cromossomo X obteve resultado negativo e no exame de cariótipo de Banda G o resultado foi normal. Na avaliação de respostas auditivas de tronco encefálico (ABR) obteve-se resultado dentro dos padrões de normalidade.

Na radiografia digital de tórax demonstrou resultado dentro dos padrões de normalidade. A criança também foi avaliada por geneticista, que descartou possibilidade de síndromes.

Após percurso de exames, a criança recebeu o diagnóstico CID F84 e F90, (médico do Centro Geral de Pediatria de Belo Horizonte, aos 2 anos e 2 meses) em acompanhamento com a psiquiatria do Centro Geral de Pediatria, no serviço público, foi relatado que a criança dormia apenas quatro horas por noite aos dois anos e seis meses. Observou-se também que a criança não apresentava noção de perigo, possuía seletividade alimentar e sono desregulado, sendo orientada a introdução medicamentosa com o uso de Risperidona.

Após diagnóstico finalizado, ele foi encaminhado para terapias fonoaudiológicas e para a terapia ocupacional. A mãe tentou iniciar o tratamento pelo centro de saúde, mas devido à demora, iniciou tratamento particular em uma clínica no bairro Padre Eustáquio, com sessões uma vez por semana, sendo uma sessão com Terapeuta Ocupacional e uma sessão com Fonoaudiólogo.

A escolha pela primeira escola também ocorreu em caráter de ensino particular, pois não se conseguiu vaga na escola pública e a família relatou medo, devido a dificuldades da criança em se comunicar.

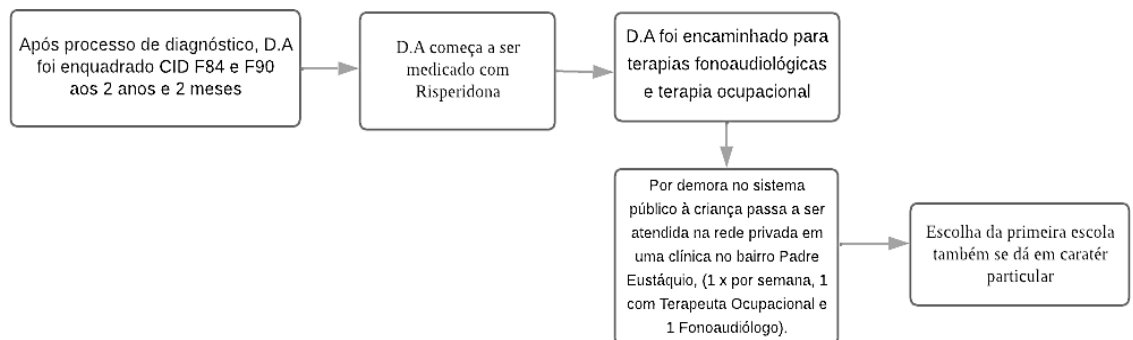


Figura 4- CID e Inclusão Social

A família procurou auxílio para iniciar tratamento e encaminhamento para escola na Secretaria de Saúde de Ribeirão das Neves, sem êxito, sendo transferidos para vários setores, mas sem atendimentos eficazes que garantissem a vaga na escola, mesmo com a entrada do Conselho Tutelar. Após retorno para fluxo de rede no centro de Saúde iniciou-se acompanhamento em clínica conveniada, entretanto, esta apresentava grande rotatividade de profissionais.

Após várias tentativas de intervenção, a mãe observou que criança apresentava poucas evoluções e suspendeu os atendimentos particulares, o mantendo apenas no CAPS I.

A família mudou para o município de Belo Horizonte para tentar acompanhamento público para criança, conseguindo vaga em escola e engajamento na Equipe Complementar do SUS, mas terapeutas relatavam sobre a dificuldade em lidar com a criança e ela ficou sem acompanhamento. Foi necessária a contratação de plano de saúde, mas ele não oferecia a demanda solicitada pelos especialistas, oferecendo somente duas consultas mensais, além de negar a realização de um exame. Desta maneira, optou-se pelo cancelamento do plano.

A criança sempre apresentou dificuldade com terapeutas ocupacionais, pois não aceitava realizar propostas de atividades e não mantinha acompanhamento regular na fonoterapia. Foi ainda realizado um período de equoterapia, mas ele não conseguia subir no cavalo sozinho, e à medida em que foi crescendo, mãe e terapeutas não conseguiam o colocar no cavalo. Entre as mudanças ocorridas, o local da equoterapia foi transferido e criança não permaneceu nessa terapia.

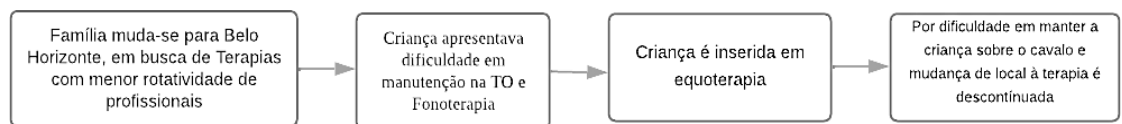


Figura 5 - Busca por terapias alternativas

Atualmente, D.A realiza acompanhamento psiquiátrico e Terapia Ocupacional na Rede Pública do município de Ribeirão das Neves, local para o qual a família retornou, e acompanhamento fonoaudiológico e psicológico na rede privada um vez por semana, com consultas em torno de 1 hora.

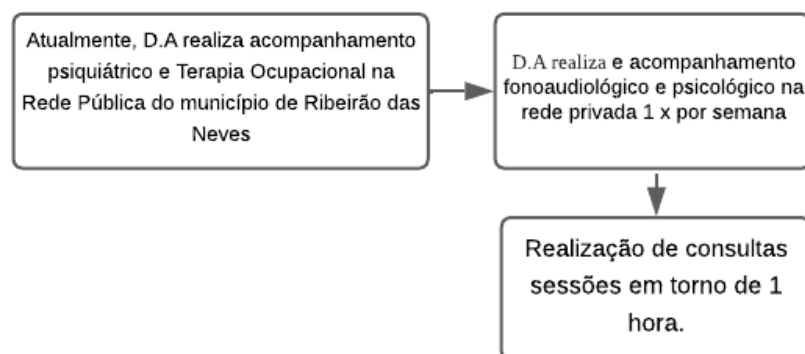


Figura 6 - Tratamento Atual

Ao ser questionada sobre a maior dificuldade referente ao tratamento do filho, a mãe relata ser encontrar o acompanhamento adequado, além da adaptação à medicação, visto que

D.A. apresenta sensibilidade para medicamentos e ainda não se adaptou a nenhum, apresentando efeitos colaterais agravados após algum tempo de uso. É ainda relatado pela família dificuldade com acompanhamento psiquiátrico devido à rotatividade de profissionais.

Dentre as frases citadas pela mãe em seu discurso, podemos salienta a repetição das seguintes queixas: “*Tem que se virar e pagar particular*”, “*Cogitamos mudar para perto de Apatz, para ter assistência*”, entre outras.

O roteiro de perguntas utilizados para orientar a entrevista com a mãe foram:

- Parto e Gravidez.
- Quem foi o primeiro a desconfiar do atraso do desenvolvimento?
- Quais foram os primeiros sinais?
- Especialidade do primeiro profissional procurado?
- Tempo para obter diagnóstico?
- Quando obteve diagnóstico?
- Após quanto tempo iniciou tratamento? Na rede privada ou pública?
- O que você considera a maior dificuldade nesse trajeto?
- Atualmente qual a sua maior dificuldade diante do TEA?

3.1 Resultados

Com o relato desta mãe é possível construir uma compreensão do percurso de cuidado realizado pela família e pela pessoa com TEA. O ponto de partida desse percurso é, portanto, um fator relevante que carrega em si muitos desdobramentos. Nesse sentido, a primeira categoria a ser analisada diz respeito aos sinais iniciais que fizeram com que a família fosse em busca de cuidados.

A trajetória da família em busca do diagnóstico se depara com vários profissionais, mas o diagnóstico e os tratamentos ainda são de difícil acesso e de boa qualidade, principalmente na rede pública, o que pode estar atrelado ao aumento do número de casos nos últimos anos e poucos profissionais qualificados para o atendimento das demandas.

O percurso é permeado por barreiras ao atendimento adequado que, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, deveria ser intensivo e especializado. Após várias tentativas, o desfecho atual é a criança tendo acesso a apenas uma sessão semanal de fonoaudiologia e uma de psicologia, ou seja, duas horas semanais, no âmbito privado, e uma sessão de terapia ocupacional pela rede pública, uma hora semanal, além do acompanhamento psiquiátrico. Intensidade muito aquém do recomendado para o quadro e a idade.

4. DISCUSSÃO:

Em relação às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e sua família o relato sobre o itinerário percorrido nos mostra:

- 1) As dificuldades na descoberta do autismo (RAMOS ET AL, 2020; OLIVEIRA ET AL, 2020);
- 2) A falta de conhecimento clínico como contribuintes para as tensões vividas na peregrinação das famílias em busca de cuidado (SILVA & CHUN, 2020);
- 3) A escassez de serviços especializados e com equipe multiprofissional como causa para a “peregrinação” por diferentes instituições de saúde e de educação, o que coloca esse fator como prejudicial para a qualidade do cuidado (FÁVER-NUNES& SANTOS, 2010);
- 4) A importância da integração de uma rede em diferentes níveis de atenção, que vai muito além da institucionalização do cuidado em um único equipamento, mas necessita de uma contínua integração de diferentes instâncias que proporcionem a inserção dos sujeitos em seus territórios de circulação (PACHECO, 2009).

Segundo Pessim (2015), a importância do diagnóstico precoce dos Transtornos do Espectro Autista (TEA) é a dificuldade que os profissionais encontram nesse processo. O resultado encontrado mostra que o diagnóstico do TEA exige extrema atenção, qualificação e experiência dos profissionais envolvidos. Uma das principais dificuldades desse diagnóstico deve-se também aos instrumentos diagnósticos, que além de suas validações serem recentes no Brasil, em sua maioria só são eficientes em crianças a partir dos três anos. Para além, os autores são enfáticos quanto à necessidade de um diagnóstico prematuro a essa faixa etária, sendo primordiais entre o primeiro e segundo ano de vida, pois a intervenção precoce é de extrema importância no desenvolvimento da criança autista.

Uma das principais dificuldades em realizar o diagnóstico precoce do autismo são as inúmeras condições clínicas adversas e comorbidades associadas, que infelizmente acabam por se confundir com o TEA ou agravar o quadro e resultar em diagnósticos equivocados. Por isso é tão importante a capacitação dos profissionais para que saibam distinguir as condições clínicas características de cada transtorno e as possíveis comorbidades associadas a cada caso, por mais semelhantes que esses possam se parecer (PESSIM, 2015).

Após o recebimento do diagnóstico, o primeiro acolhimento profissional é essencial para se lidar com os impactos emocionais. Então, inicia-se para as famílias um verdadeiro percurso de tratamento por diversos especialistas. As áreas mais apontadas como indicadas pelos médicos são Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, e o encaminhamento feito pelos médicos ocorre, em geral, para instituições do terceiro setor do município.

Para Fornazier (2022), foi possível observar que desde os primeiros sinais do TEA até seu diagnóstico nosológico, as famílias passam a enfrentar situações de dúvida, medo e insegurança e os profissionais de saúde nesse momento acabam oferecendo o cuidado com um caráter mais técnico do que em uma dimensão de acolhimento ampliado.

É possível constatar que o fluxo de encaminhamento para o tratamento aparece prioritariamente estabelecido, a partir de estratégias biomédicas, com terapias isoladas, pouco articuladas entre si e que pouco se considera os contextos de vida de cada sujeito nos direcionamentos apontados. Os encaminhamentos relatados no município são bastante pautados em instituições filantrópicas de educação especial, sendo pouco incisiva a atuação da rede pública e dos diferentes setores nos quais a criança está inserida. Salienta-se que essas instituições aparecem como o principal local de cuidado formal.

As famílias sofrem com a estigmatização vivenciada pelas crianças, com a experiência do sentimento de exclusão, de isolamento e a sensação de diferenciação quando em contato com os pares. Para as famílias, o suporte é evidenciado principalmente através do apoio encontrado em grupos de familiares de crianças com TEA e através da fé e da religião (DALPRÁ, 2016). Foi possível compreender que os itinerários terapêuticos não se constroem pautados exclusivamente no âmbito da circulação das crianças em serviços de cuidados formais em saúde, mas se estendem em práticas do dia a dia que passam a servir de auxílio para o enfrentamento das situações adversas, nas quais o contato com o outro, a sensação de pertencimento, a experiência de não se sentirem sós ou isoladas e a sensação de terem locais e pessoas com quem contar, aliviam o sofrimento vivido (FORNAZIER, 2022).

Segundo Fávero (2005), a literatura aponta o modo como esses pais se defrontam com as atividades estereotipadas da criança, o isolamento, a ausência do brincar, que acaba culminando, muitas vezes, com o próprio afastamento familiar de uma vida social. As preocupações com a gravidade dos sintomas e com a agressividade do filho geram estresse maior na família com crianças autistas quando comparado com famílias com crianças portadoras de outras enfermidades, tais como a Síndrome de Down. A dificuldade diagnóstica,

a multicausalidade desse transtorno e a ausência de um componente genético definido no caso do autismo podem estar relacionados a um sentimento de culpa verificado em pais de autistas.

O estresse, o enfrentamento e a resiliência são construtos teóricos que apareceram interligados. Diante de uma condição peculiar de sobrevivência, como é o caso da família que convive com uma criança autista, a dinâmica familiar sofre mobilizações que vão desde aspectos financeiros até aqueles relacionados à qualidade de vida física, psíquica e social dos cuidadores diretos.

Os pais têm que fazer o luto pela perda do filho ideal, para que possam perceber as reais capacidades e potencialidades de sua criança. O emprego do termo “resiliência” prevaleceu, enquanto observada uma boa adaptação em condições desfavoráveis, adversas, em que o indivíduo apresentou resultados adaptativos (FÁVERO, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A procura por diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) ainda se dá por caminhos árduos, devido ao baixo número de profissionais qualificados para a realização diagnóstica, aos poucos protocolos devidamente regularizados no Brasil, além da diversidade de aspectos e características do Espectro, que muitas das vezes não é perceptível.

É evidente o cansaço e o desgaste da família neste percurso de confirmação de diagnóstico, em que a caminhada por profissionais é longa e os encaminhamentos sem concretude, principalmente dentro da rede pública, que não consegue abranger toda a demanda. No caso avaliado, o desfecho atual oferece à criança terapias numa intensidade inadequada.

Ainda há muito que se progredir e avançar para estabelecimentos de diagnósticos precisos e linhas de tratamento efetivas para o Transtorno do Espectro do Autismo. A observação dos casos por meio de itinerários terapêuticos deve compreender a rede de apoio para além da família, mas por todos os profissionais devidamente engajados no processo de apoio ao indivíduo que busca compreender os aspectos próprios do TEA.

A realização de um diagnóstico empático promove também uma inclusão social naturalizada, pois o indivíduo é visto para além do diagnóstico promovido por uma equipe multiprofissional de saúde, mas é atravessada pelo olhar, no qual o sujeito é visto em suas potencialidades e desempenha socialmente um papel, no qual é sobretudo um sujeito vivente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th (DSM-5)**, 2013.

BIANCHINI P., SOUZA P. **Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa**, Res AutismSpectDis. 2013; 7:1228-33.

CHAKRABARITI, S. **Early identification of Autism**. *Indian Pediatrics*, 2009, 46(17), 412-414.

CARDOSO A.M., NOGUEIRA M.L., **Atenção Interdisciplinar ao autismo**. Belo Horizonte, Ampla Editora, 2021

CARVALHEIRA, Giana; VERGANI, Naja; RUNONE, Décio. **Genética do autismo**. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(4):270-2

DALPRÁ, N.E.H.L.R. **Crianças com autismo, família e espiritualidade**. Reflexus vol. 10, n 15, 2016

DONVAN, John, ZUCKER, Caren. **Outra sintonia, história do autismo**. Companhia das Letras, 2016

EL ACHKAR C.M., SPENCE S.J., **Clinical characteristics of children and young adults with co-occurring autism spectrum disorder and epilepsy**, *Epilepsy Behav* (2015)

FÁVERO, Maria Ângela Bravo, SANTOS Manoel Antônio. **Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura**. *Psicol. Reflex. Crit.* 18 (3). Dez 2005.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/prc/a/fgLcDdLJcTJK9YJjVHhYTbG/abstract/?lang=pt>

FAVERO-NUNES, Maria Angela, SANTOS, Manoel Antônio. (2010). **Itinerário terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico**. *Psicol. Reflex. Crit.*, 23(2): 208-221. Disponível em: w.scielo.br/j/prc/a/vVt

FORNAZIER, Vivian de Castro Pires Fornazier, JURDI Andréia Perosa Saigh. **Itinerários terapêuticos de famílias de crianças com transtorno do espectro autista**. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.8, n.4, p.25267-25284, apr., 2022.

GOMES Suely Ferreira Deslandes Romeu, MINAYO Maria Cecília de Souza (Org.). (2012). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes.

LAI, M.-C., LOMBARDO, M. V., BARON C.S.(2014). **Autism**.*Lancet* ,383 (9920), 896-910

LIPP, Marilda. E. Novsid. & GUEVARA, Arnaldo. J. (1994). **Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS)**. *Estudos de Psicologia*, 3/4, 6-19.

LAMPREIA, Carolina. **A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo**. *Artigos • Estud. psicol. (Campinas)* 24 (1), Mar 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/WMg8wtWKDzbsGnvGRXG6GZt/abstract/?lang=pt>

MALHEIROS, Glícia Camparo, PEREIRA Manuela Lordelo Caldas, MANSUR Maria Ferreira de Carvalho, NUNE Leila Regina de Oliveira de Paula. **Benefícios da intervenção precoce na criança.** Revista Científica da FMC - Vol. 12, nº1, Julho de 2017

PACHECO, Rodrigo Pinto. **Os Itinerários Terapêuticos de Usuários de Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009

PESSIM, Larissa Estanislau, FONSECA, Bárbara Cristina Rodrigues. **Transtornos do Espectro do Autista: Importância e dificuldade do Diagnóstico Precoce.** Revista FAEF, 2015, pg 03 - faef.revista.inf.br

PRESTES R., TAMANAHA AC., PERISSINOTO J. **Uso do Gesto no Transtorno Autista: estudo de caso único.** Rev. CEFAC. 2009 Out-Dez; 11(4):708-712

POSAR A., VISCONTI P., **Alterações sensoriais em crianças com transtorno do espectro do autismo,** J. Pediatr. (Rio J.) vol.94 no.4 Porto Alegre July/Aug. 2018

RAMOS, Gabriela de Oliveira, NUNES, Rafael Zaneripe de Souza, VITALI, Marieli Mezari, COSTA, Andressa Martins, OLIVEIRA, André Costa, SORATTO Jacks, & SILVA, Marco Antônio. (2020). **Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Filhos com Transtorno do Espectro Autista.** Revista Psicologia & Saberes, 9(15): 39-54.

RIBEIRO, S. H., Paula, C. S. D., Bordini, D., Mari, J. J., & Caetano, S. C. (2017). **Barriers to early identification of autism in Brazil.** Brazilian Journal of Psychiatry, 39, 352-354. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/RfKqgsBhSvWDxtDjKWcmKZj/?lang=en>.

RIBEIRO J.F.A, MARTINS, S. **Perturbação do espectro do autismo : artigo de revisão das comorbidades associadas.** Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/25713?mode=full>.

RODRIGUES R.S., DOMINICIANO P.RC., EMERICH-GERALDO D. **Deficiência intelectual e transtorno do espectro autista: uma revisão da literatura sobre os comportamentos do professor na inclusão escolar.** Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv. vol.18 no.2 São Paulo jul./dez. 2018

SACREY LA, BENNETT JA, Zwaigenbaum L. Early **Infant Development and Intervention for Autism spectrum disorder.** J Child Neurol. 2015; 30(14):1921-9.2. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. Lancet. 2014; 383(9920):896-910

SILVA, Fernanda Caroline Pinto da, **Itinerário terapêutico de indivíduos com transtorno do espectro autista do município de Campinas-SP,** Campinas, SP : [s.n.], 2018.

SILVA, Micheline.; MULICK, James. A. **Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas.** Psicologia Ciência e Profissão, 2009, 29 (1), 116-131.

SILVA, Fernanda Caroline Pinto, CHUN, Regina Yu Shon. **Itinerário terapêutico de indivíduos com Transtorno de Espectro Autista.** Estudo de caso. Anais do V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos: Pesquisa Qualitativa na Educação e nas

Ciências em Debate, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018. Disponível em: <https://sepq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/>

TONELLI H, **Autismo, teoria da mente e o papel da cegueira mental na compreensão de transtornospsiquiátricos**, Acesso em :

<https://www.scielo.br/j/prc/a/kQDx4WZqCRD9FwChDkdnH3m/?lang=pt>, Scielo, 08 de Junho 2011

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara, ROSA, Cleonice Alves. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais.** • Psic.: Teor. e Pesq. 30 (1). Mar 2014. pg. 25-33

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/9VsxVL3jPDRyZPNmTywqF5F/?lang=pt>