



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Transtornos do Espectro do Autismo

Beatrice Lacerda Costa Leal

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
estudo de caso sobre dificuldades enfrentadas no processo diagnóstico

Belo Horizonte
2022

Beatrice Lacerda Costa Leal

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
estudo de caso sobre dificuldades enfrentadas no processo diagnóstico**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Transtornos do Espectro do Autismo do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos do Espectro do Autismo.

Orientador: Prof. Dr. Levindo Diniz Carvalho.

Belo Horizonte
2022

150 Leal, Beatrice Lacerda Costa.
L435t Transtorno do espectro autista [recurso eletrônico] : estudo de
2022 caso sobre dificuldades enfrentadas no processo diagnóstico /
Beatrice Lacerda Costa Leal. - 2022.
1 recurso online (62 f. : il.) : pdf
Orientador: Levindo Diniz Carvalho.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Transtornos do Espectro do Autismo - Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1. Transtornos do espectro autista. 2. Diagnóstico. 3. Família.
I. Carvalho, Levindo Diniz, 1978-. II. Universidade Federal de
Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.
Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO

UFMG

ATA DA DEFESA DA MONOGRAFIA DA ALUNA BEATRICE LACERDA COSTA LEAL

Realizou-se, no dia 03 de outubro de 2022, às 15:00 horas, online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de monografia, intitulada *TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: estudo de caso sobre dificuldades enfrentadas no processo diagnóstico*, apresentada por BEATRICE LACERDA COSTA LEAL, número de registro 2019696058, 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). Levindo Diniz Carvalho - Orientador - Orientador (UFMG), Prof(a). MARIA LUIZA MAGALHÃES NOGUEIRA (UFMG), Prof(a). Jardel Sander da Silva (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 outubro de 2022.

Prof(a). Levindo Diniz Carvalho - Orientador (Doutor)

Maria Luiza Magalhães Nogueira
SIAPE 2421258

Prof(a). MARIA LUIZA MAGALHÃES NOGUEIRA (Doutora)

Prof(a). Jardel Sander da Silva (Doutor)

Assinado de forma digital
por Jardel Sander da Silva
Dados: 2023.06.27
21:30:55 -03'00'

Dedico este trabalho ao meu marido, aos meus filhos, familiares, amigos, pais de pacientes, meus pequenos gigantes, professores e colegas que tornaram tudo possível.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, por me inspirar e proteger durante toda essa jornada, inesperada, da minha vida.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Maria Luísa M. Nogueira pela oportunidade de estudar sobre o Transtorno do Espectro Autista, trazendo temas atuais e tão importantes e necessários para o profissional que trabalha com autismo.

Agradeço ao Prof. Dr. Levindo Diniz Carvalho, pelas orientações e pelos ensinamentos para a realização deste trabalho.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Maria Luísa M. Nogueira ao Prof. Dr. Jardel Sander da Silva, por aceitarem participar da banca examinadora e pelas contribuições.

Agradeço aos docentes de Curso Especialização em Transtorno do Espectro do Autismo do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por todo conteúdo ministrado, de forma clara e precisa.

Agradeço ao Laboratório de Estudos em Autismo e Desenvolvimento (UFMG), por vivenciar momentos tão especiais na orientação de pais e por todo conteúdo e manejo adquirido.

Agradeço ao Programa de Atenção Interdisciplinar em Autismo (PRAIA - UFMG), por todo carinho e cuidado na busca e repasse de informações sobre “autismo”, assim como os eventos maravilhosos.

Agradeço à colega Ana Flávia e seus queridos pais Geraldo e Rosângela, pela acolhida em seu lar, com momentos recheados de alegria, bondade e amor durante minha rápida estadia.

Agradeço aos colegas de turma, por todo carinho, acolhimento, parceria e amor a “viajante”.

Agradeço à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por me proporcionar tanto a estrutura física básica, quanto profissionais extremamente capacitados no Curso Especialização do Espectro do Autismo.

Agradeço aos meus colegas do Grupo de Estudos em Linguística Funcional (Gelfa-UFMT/CUA), por ter me trazido de volta à vida acadêmica, à Universidade Federal e por descobrir a minha paixão pela pesquisa.

“É fundamental que as mães e os pais das crianças no espectro sejam ouvidos e respeitados. [...] Muitas famílias lidam com uma carga de stress diário que é equivalente à uma situação de guerra. Elas são responsáveis pelos tratamentos, pelas noites mal dormidas, pelas preocupações com o futuro... esta já é uma carga pesada.”
(WERNER, 2018)

RESUMO

Dentre os transtornos do neurodesenvolvimento, condições com início precoce do desenvolvimento infantil, antes mesmo da criança ingressar na escola, destaca-se atualmente o Transtorno do Espectro Autista (TEA), por sua crescente incidência. Assim, o objetivo geral desse trabalho é analisar o processo de diagnóstico e tratamento de um menino de 02 anos de idade, do com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com foco no papel da família na precocidade do diagnóstico e no tratamento. Tendo como objetivos específicos: caracterizar o Transtorno do Espectro do Autismo; apresentar os elementos neurofisiológicos envolvidos no TEA; descrever o processo diagnóstico no TEA e; analisar o papel da família da pessoa com TEA no diagnóstico e tratamento. Este trabalho se fundamenta na perspectiva das Ciências da Saúde, na área de Medicina, na subárea de Psiquiatria, na especialidade dos Transtornos Psiquiátricos da Infância, referente aos Transtornos do Neurodesenvolvimento, na abordagem da ciência da Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis - ABA*), considerando-se os parâmetros para realizar diagnósticos diferenciais do TEA. Esta pesquisa se caracteriza como aplicada, qualitativa, descritiva e estudo de caso. O *corpus* de análise se constitui dos documentos referentes ao diagnóstico de um menino com TEA de 02 anos de idade e do relato da família em entrevista de anamnese no terceiro serviço de fonoaudiologia procurado pela família da criança, residente (pai, mãe, uma irmã e a criança) no município do interior do Estado de Mato Grosso (MT), Brasil; são eles: (i) entrevistas com a familiares; (ii) laudos médicos; e (iii) exames. Os dados foram coletados de outubro de 2021 a julho de 2022, à medida que os exames foram sendo entregues pela família. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido como um conjunto de condições persistentes dos distúrbios do neurodesenvolvimento de ordem física, social e socioemocional, conforme será descrito no decorrer do trabalho. Parte-se de três hipóteses gerais: (i) o diagnóstico tardio de TEA pode interferir, significativamente, no desenvolvimento das habilidades e das capacidades de uma pessoa porque há possibilidade de perda de habilidades e maior inflexibilidade cognitiva; (ii) é relevante o aperfeiçoamento dos profissionais que atendem pessoas com TEA (equipe interdisciplinar) para rápida identificação e iniciar a intervenção de modo precoce, a qual pode beneficiar o desenvolvimento como um todo da pessoa com TEA; e (iii) quanto mais conhecimentos a família possuir, mais serão as chances para adoção de ações que contribuam no processo de diagnóstico e em seu manejo cotidiano com o indivíduo com TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro do Autista; Diagnóstico; Papel da família.

ABSTRACT

Among the neurodevelopmental disorders, conditions with early onset of child development, even before the child enters school, Autism Spectrum Disorder (ASD) stands out today, due to its increasing incidence. Thus, the general objective of this work is to analyze the process of diagnosis and treatment of a 02-year-old boy with Autism Spectrum Disorder (ASD), focusing on the role of the family in the early diagnosis and treatment. Having as specific objectives: to characterize the Autism Spectrum Disorder; present the neurophysiological elements involved in ASD; describe the diagnostic process in ASD and; to analyze the role of the family of the person with ASD in the diagnosis and treatment. This work is based on the perspective of Health Sciences, in the area of Medicine, in the subarea of Psychiatry, in the specialty of Childhood Psychiatric Disorders, referring to Neurodevelopmental Disorders, in the Applied Behavior Analysis - ABA approach, considering the parameters to perform differential diagnoses of ASD. This research is characterized as applied, qualitative, descriptive and case study. The corpus of analysis consists of documents referring to the diagnosis of a 02-year-old a boy with ASD and the family's report in an anamnesis interview at the third speech therapy service sought by the child's family, resident (father, mother, a sister and the child) in the municipality in the interior of the State of Mato Grosso (MT), Brazil; are the: (i) interviews with family members; (ii) medical reports; and (iii) exams. Data were collected from October 2021 to July 2022, as the exams were being delivered by the family. Autism Spectrum Disorder (ASD) is defined as a set of persistent conditions of physical, social and socio-emotional neurodevelopmental disorders, as will be described in the course of this work. It starts with three general hypotheses: (i) late diagnosis of ASD can significantly interfere with the development of a person's skills and abilities because there is a possibility of loss of skills and greater cognitive inflexibility; (ii) it is important to improve professionals who care for people with ASD (interdisciplinary team) for quick identification and early intervention, which can benefit the development of the person with ASD as a whole; and (iii) the more knowledge the family has, the greater the chances of adopting actions that contribute to the diagnosis process and its daily management with the individual with ASD.

Keywords: Autistic Spectrum Disorder; Diagnosis; Family role.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Gráfico de prevalência de autismo nos EUA, com dados bianuais do CDC - CDC (Centro de Controle de Doenças e Prevenção do governo norte-americano)

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Lobos cerebrais | 23 |
| Figura 2 – Principais áreas de processamento da linguagem | 23 |
| Quadro 1 – Linha do tempo de B.S.T. | 38 |
| Gráfico 2 – Resposta a experiências – Center on the Developing Harvard University, (2022) | 41 |
| Quadro 2 – Realidade diagnóstica atual de B.S.T. | 43 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABA | <i>Applied Behavior Analysis (Análise do Comportamento Aplicada)</i> |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CDC | <i>U.S. Department of Health and Human Services - Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle de Doenças e Prevenção)</i> |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DOU | Diário Oficial da União |
| DSM-V | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| DTT | <i>Discrete Treal Training</i> |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FMB | Faculdade Montes Belos |
| OFA's | Órgãos Fonoarticulatórios |
| SBNI | Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil |
| SBP | Sociedade Brasileira de Pediatria |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| TEA | Transtorno do Espectro Autista |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UFMT | Universidade Federal de Mato Grosso |
| VB-MAPP | Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| 1 ASPECTOS METODOLÓGICOS | 18 |
| 2 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO | 20 |
| 2.1 Transtorno do Espectro Autista | 20 |
| 2.1.1 Aspectos Clínicos Neurocientíficos | 22 |
| 2.1.2 Legislação brasileira para ações de Saúde e Educação em TEA | 25 |
| 3 PROCESSO DE DIAGNÓSTICO | 27 |
| 3.1 Diagnóstico do TEA | 27 |
| 3.2 Importância da Estimulação Precoce | 29 |
| 3.3 Tratamento do TEA | 29 |
| 4 O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DO TEA | 30 |
| 4.1 A importância dos conhecimentos da família para realização do diagnóstico precoce | 30 |
| 4.2 Orientação da equipe interdisciplinar à família | 31 |
| 4.3 Para formuladores de políticas e profissionais: | 31 |
| 5 ESTUDO DE CASO | 32 |
| 5.1 Gestação, parto, amamentação e os primeiros meses | 35 |
| 5.2 Imunodeficiência..... | 37 |
| 5.3 O diagnóstico de TEA | 39 |
| 5.4 A realidade diagnóstica atual | 43 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 48 |
| REFERÊNCIAS | 52 |
| APÊNDICE A – Ficha de anamnese aplicada | 57 |

APRESENTAÇÃO

Tudo começou após o falecimento do meu irmão de 16 anos em um acidente de moto em 1995, quando estava com 17 anos, morando numa cidade com poucos recursos na área médica no interior do estado de Mato Grosso. Meu coração se partiu pela primeira vez, pois era também a primeira perda em família, período extremamente doloroso. Mas como tudo se encaminha fui convidada por familiares que moravam em Goiânia - GO para mudar para lá, com o intuito de que com a mudança isso me auxiliaria a superar a dor, então aceitei o convite.

Com isso, comecei a estudar em cursinho pré-vestibular, mas ainda sem um tema específico, e para escolher melhor comecei a visitar as universidades e procurar saber os cursos que eram oferecidos e para minha grata surpresa, ao visitar a Universidade Católica de Goiás – UCG, descobri um curso de graduação chamado Fonoaudiologia e logo pensei que Fono seria como Fala, Fonação e áudio audição, tratar das dificuldades de fala e audição, e logo já estava apaixonada à primeira vista, porque sempre fui muito comunicativa.

E ao começar o curso ganhei minha alegria de volta, porque estudar os distúrbios da comunicação humana foi realmente maravilhoso, principalmente após conhecer as possibilidades de atendimento, me identificando imediatamente com a área do desenvolvimento da fala e da linguagem e com a reabilitação de cirurgias de cabeça e pescoço. As minhas áreas de maior interesse acabaram por me levar ao estágio extra-curricular na APAE – GOIÂNIA, por cerca de um ano, e ao serviço voluntário na Associação de Combate ao Câncer em Goiás, no Hospital Araújo Jorge, também por um ano.

Ao finalizar o curso no ano de 2000, decidi voltar a minha cidade de origem, no interior, por convite para trabalhar em uma clínica de um dos professores da UCG que também atendiam na minha cidade, continuando o trabalho na área de linguagem e fala em consultório, assim como em atendimento Home Care, de pacientes pós lesões de cabeça e pescoço.

E mais uma vez a vida me surpreende, em 2010, com a chegada de uma família enfrentando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), em seu filho de apenas 02 anos e 07 meses de idade, com boas capacidades cognitivas, mas extrema rigidez e agressividade. Então a Fonoaudióloga se apaixonou mais uma vez, por esse rapazinho “marrento” e tão querido, que hoje está com 15 anos. A partir daí começo meus estudos em autismo e transtornos do neurodesenvolvimento, porque também tem espaço para o atendimento em Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Deste momento em diante o atendimento a pessoas com TEA foi aumentando gradativamente, e com isso a mãe desse garoto sentiu a necessidade de montar um grupo de apoio e orientação aos indivíduos com TEA e seus familiares, em 2014, do qual comecei a fazer parte. E para poder me auxiliar nos atendimentos procurei me especializar, tendo acessível no meu município os cursos de Psicopedagogia e Saúde Pública, já concluídos.

A partir desse momento o grupo passou a realizar eventos de confraternização, recreação e informativos sobre o TEA em nossa região, lutando inclusive por uma atenção pública a esses indivíduos e suas famílias, pela Rede Municipal de Saúde e Educação, com políticas públicas inexistentes até este período.

Todos os eventos foram gratuitos, e a partir de um deles recebemos o convite para levar as palestras no tema do Autismo até a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), no Campus Universitário do Araguaia (CUA), para ministrar os cursos em TEA aos alunos de graduação, abrindo também para os professores municipais e estaduais.

Em 2015, com o apoio da UFMT/CUA/Departamento do Curso de Letras, ampliamos a divulgação para outros temas de forte demanda na região como: simpósio em Síndrome de Down, com palestras dos professores da UFMT/CUA; cursos sobre TDAH e Dislexia, em parceria com o grupo Dislexia MT.

Em 2017, comecei a perceber muitas controvérsias a respeito do conceito e tratamento do TEA na minha região, o que me gerou fortes preocupações, como qual a mais adequada forma de estimulação e manejo, com evidências científicas comprovadas nesse tema. E ampliando meus estudos encontrei a divulgação do curso de especialização em TEA da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Instituição extremamente referendada por minha colega Terapeuta Ocupacional (TO) que já conhecia o trabalho dentro do autismo da professora Ana Amélia Cardoso, e mais uma vez encarei o desafio e a aventura de deixar meu lar, uma filha de 02 anos e trabalhar somente meia semana de 15 em 15 dias para estudar os Transtornos do Espectro do Autismo na UFMG, onde nunca estive. Sem ter condição alguma, mas não era mais possível trabalhar sem um conhecimento específico na área do TEA, sem conhecer o que teria de mais atual e com evidências científicas, para melhor orientar e atender as crianças e seus familiares.

Dentre: assalto, seguido de sequestro relâmpago; de ônibus quebrando; com dificuldades financeiras para continuar o curso; desgastes físicos e emocionais, pois eram cerca de 24 horas para ir e 24 horas de ônibus para voltar; Covid19 e pós Covid19; passei pelo curso com grande amor ao conhecimento adquirido, gratidão aos professores, colegas do curso e com ainda mais carinho, atenção e responsabilidade no atendimento aos meus mais

caros amores e suas famílias, que se encontram enfrentando as dificuldades causadas pelo TEA.

Tudo isso me levou a transpor vários obstáculos e crescer como ser humano, lutando pelo maior esclarecimento e melhores condições de atendimento para esse grupo que tanto admiro e faço parte da rede de apoio.

E para atender essa demanda acredito ser primordial apoiar, saber avaliar e encaminhar adequadamente essas famílias nesse processo diagnóstico tão assustador, seguido de uma estimulação intensiva, que sobrecarrega ainda mais as famílias, e para exemplificar toda essa jornada pelo diagnóstico e tratamento adequados, escolhi analisar o processo de diagnóstico e tratamento de um menino de 02 anos de idade, com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e foco no papel da família na precocidade do diagnóstico e no tratamento, descrevendo o processo diagnóstico no TEA. O tema foi escolhido pela permanente dificuldade em se diagnosticar, rapidamente, casos de TEA no meu município, principalmente em casos de nível 3 de suporte, sem contar a importância da estimulação precoce no tratamento do TEA.

O acesso à internet, mais acessível, pelo celular, fez com famílias tivessem acesso a informações sobre sinais e sintomas sobre TEA antes mesmo de chegar a equipe, mas será que essas famílias são recebidas por profissionais especializados, aptos identificar, a esclarecer e orientar essas famílias? A estimulação precoce faz diferença?

Vamos analisar e observar essas respostas nas páginas seguintes.

INTRODUÇÃO

Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo caracterizado por estar presente desde o começo do desenvolvimento infantil, com características próprias, impactando o desenvolvimento de acordo com a gravidade clínica e a presença de comorbidades, podendo atingir: o processo de desenvolvimento de habilidades essenciais para o aprendizado; a socialização; o comportamento; a autonomia e atividades de vida diária; sendo o primeiro grupo diagnóstico a ser descrito no Manual de Transtornos Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association (DSM-5-Tr™, 2022), em sua quinta edição (PANTANO; BOARATI; SCIAVOLETTA, 2016). E dentro deste grupo, encontra-se o Transtorno do Espectro Autista - TEA, caracterizado por perdas persistentes na comunicação social e na interação social em diferentes contextos, associados a padrões de comportamentos, interesses e atividades sensoriais - motores repetitivos e restritos (DSM-5-Tr™, 2022).

O diagnóstico de TEA é clínico, interdisciplinar, de forma precoce e seguindo critérios internacionais descritos no DSM-5-Tr™, com escalas diagnósticas complementares e relevantes para a definição do diagnóstico de TEA (ARAÚJO, 2021). E o tratamento também prioriza a estimulação precoce e intensiva, por equipe interdisciplinar, mesmo que aja somente a suspeita, para moldar a arquitetura do cérebro em desenvolvimento, período do desenvolvimento em que o cérebro é altamente plástico e maleável (ARAÚJO, et al., 2019), com destaque para as práticas interventivas do Ensino por Tentativa Discretas/Discreet Trial Training (LOVAAS, 1987).

Um importante avanço no tratamento foi a importância do conhecimento sobre TEA por parte das famílias e a integração das mesmas ao tratamento, pois o treino parental, onde o ensino das ferramentas passa a ser utilizado na intervenção em cenários cotidianos como o lar e o ambiente escolar trouxe um suporte a mais no desenvolvimento de habilidades básicas e uma vivência mais assertiva por parte da família (MALLUCELLI; CARVALHO; MENEZES, 2021), não somente em terapias. O que minimiza o stress parental e traz melhores resultados frente aos desafios emocionais e financeiros causados pelo diagnóstico.

É imprescindível a formação de equipes interdisciplinares capacitadas a dar suporte de forma adequada e atualizada as famílias, pois ao ensinar os pais a dominar os procedimentos de estimulação impacta - se positiva e diretamente na qualidade do tratamento, principalmente em sua intensidade e frequência (MALLUCELLI; CARVALHO; MENEZES, 2021).

Portanto, neste trabalho, estabelece-se como objetivo analisar o processo de diagnóstico e tratamento de um menino de 02 anos de idade, do com Transtorno do Espectro Autista (TEA),

com foco no papel da família na precocidade do diagnóstico e no tratamento. Tendo como objetivos específicos: caracterizar o Transtorno do Espectro do Autismo; apresentar os elementos neurofisiológicos envolvidos no TEA; descrever o processo diagnóstico no TEA e; analisar o papel da família da pessoa com TEA no diagnóstico e tratamento. O tema seguinte tema foi escolhido pela presença da dificuldade em se diagnosticar um caso de TEA, nível 3 de suporte, em um menino de 02 anos de idade e por causa da importância da estimulação precoce. O tema se insere nos domínios das Ciências da Saúde, na área de Medicina, na subárea de Psiquiatria, na especialidade dos Transtornos Psiquiátricos da Infância, referente aos Transtornos do Neurodesenvolvimento, na abordagem da ciência da Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis - ABA*), considerando-se os parâmetros para realizar diagnósticos diferenciais do TEA.

Este trabalho está organizado em 5 seções, da seguinte maneira: [trecho retirado] na seção 1, apresentam-se os aspectos metodológicos que se referem ao tipo de pesquisa; ao objetivo, à escolha do tema, à justificativa; ao *corpus* e à coleta de dados; à pesquisa bibliográfica; às perguntas de pesquisa e às hipóteses; à sistematização da análise e aos problemas encontrados no período da pesquisa; na seção 2, apresentam-se os conceitos e os pressupostos fundamentais que subsidiam a análise do fenômeno do diagnóstico em TEA; na seção 3, apresenta-se o processo diagnóstico do TEA e a atuação da equipe interdisciplinar; na seção 4, apresentam-se as discussões sobre o papel da família no processo diagnóstico do TEA; e na seção 5, estudo de caso e a análise dos dados. Após as 5 seções, apresentam-se as considerações finais, com a síntese dos resultados, retomando as perguntas de pesquisa e as hipóteses levantadas neste trabalho e indicando, também, estudos futuros.

1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa se caracteriza da seguinte maneira: a) quanto à utilização dos resultados, é uma pesquisa aplicada, porque foi analisado o processo prático do diagnóstico; b) quanto à natureza do método é qualitativa, porque analisa-se o processo percorrido por uma família até o diagnóstico em TEA ; c) quanto aos fins é descritiva, porque descreve-se o passo a passo de um ano, até a conclusão diagnóstica; e d) quanto aos meios é estudo de caso, porque trata-se de um fenômeno específico do diagnóstico do caso em questão.

O objetivo geral buscou analisar o processo de diagnóstico e tratamento de um menino de 02 anos de idade com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com foco no papel da família na precocidade do diagnóstico e no tratamento. Tendo como objetivos específicos: caracterizar o Transtorno do Espectro do Autismo; apresentar os elementos neurofisiológicos envolvidos no TEA; descrever o processo diagnóstico no TEA e; analisar o papel da família da pessoa com TEA no diagnóstico e tratamento.

A escolha do tema foi pela presença da dificuldade em se diagnosticar um caso de TEA, nível 3 de suporte, em um menino de 02 anos de idade e por causa da importância da estimulação precoce nesses casos, principalmente pela presença de plasticidade neuronal neste período -, o que está diretamente relacionado ao diagnóstico rápido.

Isso significa que o diagnóstico tem de ser realizado rapidamente para iniciar o processo de estimulação precoce, resultando em melhores respostas neurológicas comportamentais e sensoriais, para uma melhor aquisição e desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e conseqüentemente escolares, mudando radicalmente o desempenho desses indivíduos e de suas relações sociais (família, escola, amigos etc.), ou seja, isso muda completamente a vida desse indivíduo e de suas famílias.

O *corpus* de análise se constitui dos documentos referentes ao diagnóstico de um menino de 02 anos de idade e do relato da família em entrevista de anamnese no terceiro serviço de fonoaudiologia procurado pela família da criança (pai, mãe, uma irmã e a criança), residente no município do interior do Estado de Mato Grosso (MT), Brasil e dados de exames coletados.

Os dados foram coletados de outubro de 2021 a julho de 2022, à medida que os exames foram sendo realizados ocorreu a entrega dos mesmos pela família. As entrevistas com os familiares foram semiestruturadas (conforme Apêndice 1).

O banco de dados é composto por dados: (i) entrevistas com a familiares; (ii) laudos médicos; (iii) exames.

A partir de algumas palavras-chaves, definidas com o professor-orientador, tais como, “autismo”, “diagnóstico”, “família” entre outras, fez-se uma ampla pesquisa em portais de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); Pubmed; Medline; Bireme; Center on the Developing Child Harvard University; Fapesp; LILACS; *Google Acadêmico* e literatura sugerida durante o curso de especialização em TEA.

Neste trabalho, busca-se responder três perguntas: 1) O diagnóstico precoce de Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode interferir no desenvolvimento das habilidades e das capacidades de uma criança com suspeita de TEA? 2) Qual a relevância do aperfeiçoamento dos profissionais que atendem pessoas com TEA (equipe multidisciplinar)? 3) Os conhecimentos que a família possui, ainda que básicos, podem contribuir no processo de diagnóstico de TEA?

Diante dessas perguntas, levantou-se três hipóteses gerais: (i) o diagnóstico precoce de TEA pode interferir, significativamente, no desenvolvimento das habilidades e das capacidades de uma criança com TEA porque há possibilidade de perda de flexibilidade cognitiva e de habilidades; (ii) é relevante o aperfeiçoamento dos profissionais que atendem pessoas com TEA (equipe interdisciplinar) para iniciar a intervenção de modo precoce especializada, a qual pode beneficiar a aquisição e desenvolvimento cognitivo da pessoa com TEA ganhando tempo; e (iii) quanto mais conhecimentos a família possuir, mais serão as chances para adoção de ações que contribuam no processo de diagnóstico de TEA e o tratamento.

Desde o ano de 2020, o Brasil e o mundo passam pela pandemia do novo coronavírus, SARS-CoV2 ou COVID-19 e 2021, ainda se enfrentou períodos de forte contágio e óbitos, o que levou a família do estudo a demorar mais a sair para locais mais movimentados, para maiores momentos de interação com a família e pares da mesma idade, assim como a realização da busca pelo diagnóstico, em virtude da baixa resistência a infecções da criança segundo informações colhidas.

2 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

2.1 Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido como um conjunto de condições persistentes dos distúrbios do neurodesenvolvimento, de ordem sensorial, com comportamentos sensorio-motores repetitivos, com reação exagerada aos estímulos sensoriais (hiper ou hipoativo), com anormalidades no contato visual, na linguagem corporal e com falta de expressões faciais; de ordem social, com rotinas rígidas ou padrões ritualizados em múltiplos contextos, resistindo a mudanças, com *déficits* de comunicação social, especialmente, dificuldades no desenvolvimento da fala (ecolalias, frases idiossincráticas etc.) e nos aspectos da comunicação não verbal (*déficits* na compreensão e uso de gestos), que interferem no engajamento social, gerando adversidades para a vida do indivíduo e de sua família; e de ordem socioemocional, relativa à atenção, que pode ser reduzida ou intensa; e aos *déficits* na reciprocidade, na manutenção e na compreensão de relacionamentos (GROSSI; BARTOSZECK, 2018; DR. RATH HEALTH FOUNDATION, 2021; VOLKMAR; WIESNER, 2021; ARAÚJO; MARTINS-FILHO, 2021; APA, DSM-V-TR™, 2022).

O fato de o TEA ter uma gradação em relação ao nível de gravidade, mas também, apresentar características centrais explica a ideia de um espectro, com variações de amplitude e intensidade (CUNHA *et al.*, 2015).

O primeiro registro sobre autismo data de 1925, pela médica Grunya Efimovna Sukhareva que trabalhava em uma clínica em Moscou – Rússia (ZELDOVICH, 2018), descrevendo um caso de um menino de 12 anos como “um tipo introvertido, com uma propensão autista para si mesmo”, quase duas décadas antes de textos mais conhecidos como os produzidos pelo psiquiatra Leo Kanner em 1943 e Hans Asperger em 1944 . A partir da avaliação de 11 crianças entre 2 e 8 anos, Kanner identificou comprometimento da comunicação, apego à rotina e estereotípias (CUNHA *et al.*, 2015). Tendo como destaque a identificação de características que ainda hoje são específicas do quadro clínico (BORGES e NOGUEIRA, 2018).

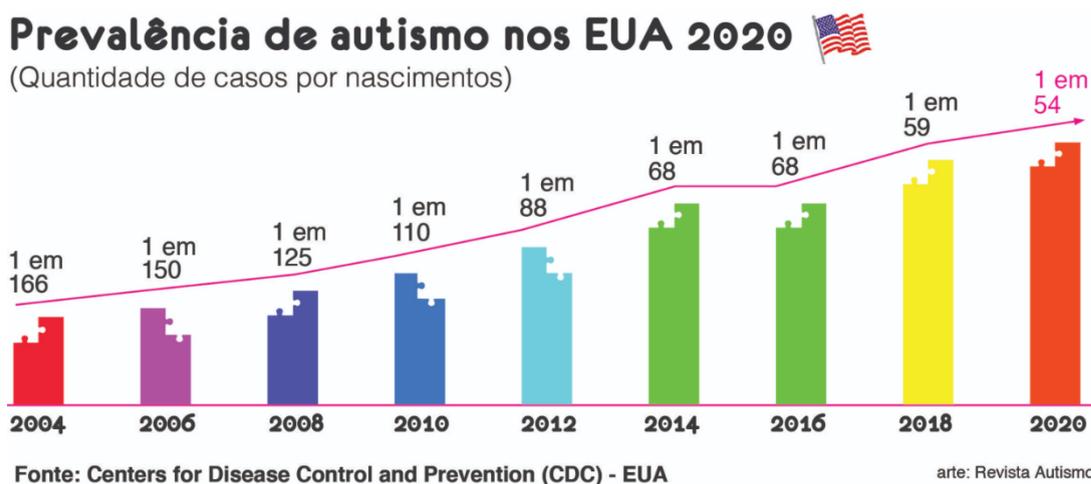
No Brasil, ainda não foram feitas pesquisas de dados robustos de prevalência do TEA no país, como também ainda não foi realizado o senso do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sobre a indicação da taxa de prevalência de indivíduos com TEA, o poder público não demonstra interesse por esse estudo para determinar programas de atenção ao TEA de forma mais pontual, provavelmente por falta de interesse político e financeiro

envolvidos, por isso, para fins nacionais da epidemiologia do TEA, apresentam-se, neste trabalho, dados gerais divulgados pelo governo dos Estados Unidos da América (EUA).

Em pesquisas divulgadas em 26 de março de 2020, o CDC (Centro de Controle de Doenças e Prevenção) dos EUA mostrou uma taxa de prevalência de 1 autista para cada 54 crianças de 8 anos, em 11 Estados; ou seja, os estudos epidemiológicos indicaram taxa de prevalência de 1,4% para TEA. O aumento dos estudos, dos rastreamentos, dos diagnósticos e da divulgação sobre o autismo pode ter incidido também no aumento da taxa de prevalência que, conforme Cunha *et al.* (2015), em 2014, era de 1%.

No gráfico 1, apresentam-se os dados recentes dos EUA, que indicam esse aumento considerável na taxa de prevalência do TEA, em 2020.

Gráfico 1 – Gráfico de prevalência de autismo nos EUA, com dados bianuais do CDC - CDC (Centro de Controle de Doenças e Prevenção do governo norte-americano)



Fonte: Paiva Jr. (2020) adaptado do Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) do governo do EUA.

A etiologia do TEA tem sido alvo de estudos há anos e, ainda, não é simples delimitar suas causas e origens. De modo geral, os pesquisadores tendem a apresentar alguns fatores relacionados às causas do TEA, como: eventos genéticos; distúrbios metabólicos; doenças infecciosas; neuroanatômicas e anormalidades estruturais bioquímicas no cérebro (MARTINS-FILHO; ARAÚJO, 2021 *apud* GÖLTE; GIRDLER; MARSCHIK, 2019).

Crump *et al.* (2021) desenvolveram um estudo com 4.061.795 bebês nascidos prematuramente na Suécia durante 1973-2013, para verificar se o nascimento prematuro teria relação com o aumento do risco de TEA. Os autores consideraram os bebês que foram diagnosticados com TEA e que sobreviveram até, pelo menos, 1 ano de idade. Crump *et al.* (2021) apresentaram os seguintes resultados:

Resultados: As prevalências de TEA por idade gestacional ao nascer foram de 6,1% para pré-termo (22-27 semanas), 2,6% para pré-termo muito a moderado (28-33 semanas), 1,9% para pré-termo tardio (34-36 semanas), 2,1% para todos os pré-termo (<37 semanas), 1,6% para o início do prazo (37-38 semanas) e 1,4% para o período (39-41 semanas). As razões de prevalência ajustadas comparando extremamente pré-termo, todos pré-termo, ou termo inicial versus termo, respectivamente, foram 3,72 (intervalo de confiança de 95%, 3,27-4,23), 1,35 (1,30-1,40) e 1,11 (1,08-1,13) entre os meninos e 4,19 (3,45-5,09), 1,53 (1,45-1,62) e 1,16 (1,12-1,20) entre as meninas ($P < 0,001$ para cada). Essas associações só foram ligeiramente atenuadas após o controle por fatores familiares compartilhados (CRUMP *et al.*, 2021, tradução nossa).¹

Crump *et al.* (2021) identificaram que o nascimento prematuro e precoce está associado ao aumento do risco de TEA em meninos e meninas. Essa pesquisa é recente e analisou um corte que compreende uma grande base populacional, por isso, trata-se de um estudo significativo.

E umas das fortes características dos transtornos do neurodesenvolvimento é a alta taxa de comorbidades, e como com o TEA não seria diferente, dentre as principais comorbidades estão: o Transtorno do Déficit de Atenção (mais frequente associação); epilepsia; transtorno do processamento sensorial (um forte marcador diagnóstico); deficiência intelectual; transtorno Opositor Desafiador; distúrbios do sono (alta incidência); transtornos gastrointestinais; síndromes genéticas e outros (ARAUJO, 2021).

2.1.1 Aspectos Clínicos Neurocientíficos

De modo geral, o desenvolvimento sensorial, social e socioemocional implica toda uma complexidade na vida humana, ainda mais para a pessoa com TEA, conforme apresentado, que apresenta dificuldades principalmente nessas áreas.

Achados neurocientíficos recentes vem apontando para alterações neurobiológicas associadas ao TEA, onde certas áreas cerebrais de extrema importância para o neurodesenvolvimento infantil encontram-se alteradas, como achados mostrando que cerca de 14 a 34% dos pacientes com TEA apresentam macrocefalia, com aumento do volume cerebral (SCATTOLIN e ROSÁRIO, 2019), assim como alterações em outras áreas potencialmente relacionadas aos sintomas centrais do TEA e suas funções, como

¹ **Original: Results:** ASD prevalences by gestational age at birth were 6.1% for extremely preterm (22-27 weeks), 2.6% for very to moderate preterm (28-33 weeks), 1.9% for late preterm (34-36 weeks), 2.1% for all preterm (<37 weeks), 1.6% for early term (37-38 weeks), and 1.4% for term (39-41 weeks). The adjusted prevalence ratios comparing extremely preterm, all preterm, or early term versus term, respectively, were 3.72 (95% confidence interval, 3.27-4.23), 1.35 (1.30-1.40), and 1.11 (1.08-1.13) among boys and 4.19 (3.45-5.09), 1.53 (1.45-1.62), and 1.16 (1.12-1.20) among girls ($P < .001$ for each). These associations were only slightly attenuated after controlling for shared familial factors (CRUMP *et al.*, 2021).

reconhecer as emoções por meio das expressões faciais (na amígdala cerebral); dificuldade de empatia (área motora suplementar - sistema de neurônios espelhos); cognição social (no córtex do giro cingulado anterior, tálamo e ínsula anterior); adaptação social (córtex orbitofrontal); comportamentos repetitivos (glânglios da base - núcleo caudado); julgamento emocional (giro frontal inferior); percepção, processamento e reconhecimento facial (giro fusiforme); direcionamento do olhar (sulco interparietal) e resposta à expressão facial (sulco temporal superior)(SCATTOLIN e ROSÁRIO, 2019).

Pimentel e Bertoque (2022) apresentam as imagens com as subdivisões dos 5 lobos cerebrais, a saber, frontal, temporal, parietal, occipital e insular (figura 1) e a localização das duas áreas principais para articulação e compreensão da linguagem (figura 2), a área de Broca (relacionada a motora ou de expressão da linguagem) e a área de Wernicke (percepção, compreensão da linguagem) (DOUGLAS, 2002) que também podem se apresentar alteradas no TEA.

Figura – Lobos cerebrais
Figura 1 - Lobos cerebrais

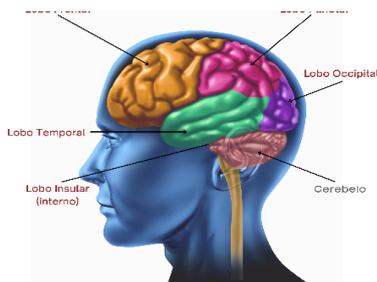
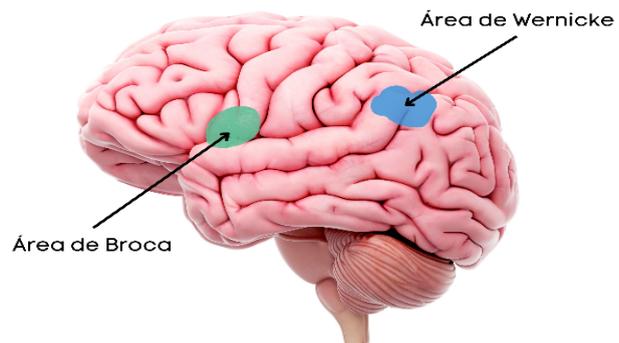


Figura – Principais áreas de processamento da linguagem



Fonte: Pimentel e Bertoque (2022), no prelo.

Apesar de haver áreas mais acionadas no cérebro para se desenvolver uma atividade em específico, todo o cérebro “trabalha” para desempenhar a atividade (RELVAS, 2009; BERTOQUE, 2018; PIMENTEL; BERTOQUE, 2022).

Donovan e Basson (2017) apresentaram algumas das anormalidades neuroanatômicas, associadas ao TEA:

Incluem alterações volumosas de região específicas, quantificadas por ressonância magnética (RM), alterações específicas na matéria cinzenta ou branca, conectividade de longo alcance de diferentes regiões cerebrais, inferida a partir de estudos de imagem tensor de difusão (DTI) e alterações microestruturas ou celulares finas detectadas no tecido cerebral pós-morte. Esses achados forneceram informações importantes sobre a anatomia cerebral normal e estimularam novas pesquisas sobre os processos fundamentais que moldam o desenvolvimento cerebral. Mostrando-nos exemplos intrigantes de anatomia patológica, esses estudos continuarão a revelar

insights críticos sobre os fundamentos genéticos, celulares e anatômicos do desenvolvimento cerebral (DONOVAN; BASSON, 2017, p. 4, tradução nossa).²

Os autores explicam que as regiões cerebrais associadas ao TEA são cerebelo, amígdala, córtex frontal, além de anormalidades da microestrutura cortical (alterações na estrutura colunar do neocórtex, desorganização focal no neocórtex), alterações na distribuição do subtipo neuronal, conectividade, mudanças na identidade de regiões, compreensão dos mecanismos fundamentais que regulam o desenvolvimento cerebral, mecanismos que regulam o tamanho do cérebro de uma região específica e mecanismos celulares responsáveis por anormalidades microanatômicas (DONOVAN; BASSON, 2017).

Após avaliações, Donavan e Basson (2017), apresentam as seguintes conclusões:

Dada a heterogeneidade do TEA, com base no fenótipo comportamental e fundamentos genéticos, é razoável supor que é improvável que uma única alteração neuroanatômica ou anormalidade no desenvolvimento seja encontrada para fundamentar a maioria da patologia do TEA. Apesar disso, é intrigante que os genes identificados no TEA tendem a agrupar-se funcionalmente dentro de alguns grupos funcionais definidos. Estes incluem genes e caminhos associados à sinálogênese, migração neuronal e orientação do axônio, remodelação da cromatina e caminhos de sinalização do desenvolvimento, como o WNT (Geschwind, 2011; Krumm *et al.* 2014; Chen *et al.* 2015a). Isso nos dá esperança de que, em vez de lidar com tantas condições quanto há genes associados ao TEA, que agora esbarram nas centenas, poderíamos estar lidando com talvez menos de 10 subgrupos asd que seriam definíveis por mecanismos patológicos genéticos e subjacentes (DONOVAN; BASSON, 2017, p. 4, tradução nossa).³

Dentro desses processos uma das áreas do neurodesenvolvimento mais importantes, e muitas vezes mais atingida no TEA, do neurodesenvolvimento, é a linguagem, que consiste num processo de interação social intermediado pela língua, conforme explica Bertoque (2018):

² **Original:** A number of neuroanatomical abnormalities have been reported to be associated with ASD. These include region-specific volumetric changes, quantified by magnetic resonance imaging (MRI), specific alterations in grey or white matter, longrange connectivity of different brain regions as inferred from diffusion tensor imaging (DTI) studies, and fine microstructural or cellular changes detected in postmortem brain tissue. These findings have provided important information on normal brain anatomy and have stimulated further research into the fundamental processes that shape brain development. By showing us intriguing examples of pathological anatomy, these studies will continue to reveal critical insights into the genetic, cellular and anatomical underpinnings of brain development (DONOVAN; BASSON, 2017, p. 4).

³ **Original:** Given the heterogeneity of ASD, based on behavioural phenotype and genetic underpinnings, it is reasonable to assume that it is unlikely that one single neuroanatomical alteration or developmental abnormality will be found to underlie the majority of ASD pathology. Despite this, it is intriguing that genes identified in ASD tend to cluster functionally within a few defined functional groups. These include genes and pathways associated with synaptogenesis, neuronal migration and axon guidance, chromatin remodelling and developmental signalling pathways such as WNT (Geschwind, 2011; Krumm *et al.* 2014; Chen *et al.* 2015a). This gives us hope that, rather than dealing with as many conditions as there are genes associated with ASD, which now run into the hundreds, we might be dealing with perhaps fewer than 10 ASD subgroups that would be definable by genetic and underlying pathological mechanism(s) (DONOVAN; BASSON, 2017, p. 12).

A língua pode ser apresentada por meio da fala, da escrita ou dos sinais - no caso da língua de sinais. Já a linguagem, que não se resume à fala (sua articulação e propagação) ou aos sinais, é o todo desse processo complexo de interação: implica as relações pragmático-discursivas que, via processos semânticos, organizam o sistema linguístico (BERTOQUE, 2018, p. 278).

Bertoque (2018) explica que a linguagem compreende, não apenas a efetivação da fala, mas também, o processamento cognitivo diante dos vários contextos comunicativos. Assim, o processo de diagnóstico e a escolha do tratamento para pessoas com TEA devem ter como alvo, a comunicação na perspectiva da interação social, considerando-se cada nível do TEA.

Tamanaha e Perissinoto (2015) afirmam que a linguagem sustenta grande parte da interação social, mas que há comportamentos comunicativos precursores da linguagem, que permitem o estabelecimento da atenção compartilhada, ou seja, o reconhecimento do “outro”, por exemplo, o choro do bebê, com diferentes modulações, trocas de olhar, gestos. No entanto, as autoras afirmam, também, que essa trajetória de desenvolvimento de linguagem pode ser transgredida em casos de pessoas com TEA. Os principais sinais não verbais que são alterados em relação ao tempo e à velocidade de aquisição são: “o direcionamento do olhar, o compartilhamento de atenção e o uso de gestos” (TAMANAHA; PERISSINOTO, 2015, p. 25).

Araújo *et al* 2021, relata que os primeiros sinais de TEA já são perceptíveis no primeiro ano de vida, com o indivíduo não atingindo marcos importantes do desenvolvimento como: anormalidades no controle motor; atraso no desenvolvimento motor; sensibilidade diminuída a recompensas sociais; afeto negativo e dificuldade no controle da atenção. Apresentando sinais sugestivos como:

perder habilidades já adquiridas, como balbúcio ou gesto dêitico de alcançar, contato ocular ou sorriso social; - não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente; - não apresentar sorriso social; - baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado; - baixa atenção à face humana (preferência por objetos); - demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas; - não seguir objetos e pessoas próximos em movimento; - apresentar pouca ou nenhuma vocalização; - não aceitar o toque; - não responder ao nome; - imitação pobre; - baixa frequência de sorriso e reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta) - interesses não usuais, como fixação em estímulos sensorio-viso-motores; - incômodo incomum com sons altos; - distúrbio de sono moderado ou grave; - irritabilidade no colo e pouca responsividade no momento da amamentação (ARAÚJO *et al* 2019, p. 2).

2.1.2 Legislação brasileira para ações de Saúde e Educação em TEA

O TEA abrange tanto déficits motores como cognitivos e sociais, que acarretam prejuízos nas áreas de saúde como educação e socialização, que atinge todas as classes sociais, mas no caso da população mais carente as perdas são extremas, fazendo-snecessário políticas públicas que possam garantir o acesso da população em geral a estes serviços, que exigem alto número de horas de estimulação precoce, com intensidade e frequência em setting terapêutico.

Abi-Habib (2018 *apud* BORGES; NOGUEIRA, 2018) afirma que o Brasil tem uma legislação de ponta, referente à Educação Especial e Inclusiva. O autor apresenta, em ordem cronológica, os principais documentos legais que subsidiam as políticas públicas, referentes à Saúde e à Educação de pessoas com TEA:

Declaração Mundial sobre Educação para Todos (Conferência de Jomteim – 1990);
 Declaração de Salamanca (1994);
 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (1996);
 Decreto 3. 298 de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora (nomenclatura em ainda uso) de Deficiência;
 Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001 (MEC/Seesp) - matrícula para todos;
 Convenção da Guatemala (1999), incorporada pelo decreto Legislativo nº 3.956/01;
 Decreto regulamentar nº 6.571 de 2008 - estabelecimento do Atendimento Educacional Especializado (AEE);
 Resolução nº 4 CNE/CEB de 2009 - institui diretrizes para o AEE;
 Plano Nacional de Educação (PNE) de 2011;
 Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada pela ONU (Organizações das Nações Unidas) em 2006 e incorporada a Constituição em 2009 (Decreto Legislativo nº 6.949) - sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino;
 Lei Berenice Piana 12.764/2012 – Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA;
 Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) – Estatuto da Pessoa com Deficiência nº 13.146/2015 (ABI-HABIB, 2018 *apud* BORGES; NOGUEIRA, 2018).

As famílias de crianças com TEA e/ou com outras deficiências tem um papel fundamental na formulação de novas e eficientes políticas públicas, atualmente focadas em ciências que trazem evidências científicas para melhora da qualidade de vida desses indivíduos e contexto familiar.

A proposta de Antipoff (1930) comentada por Borges e Nogueira (2018), realmente parece muito atual, quando comenta a importância do aprender fazendo, integrando teoria e prática na educação, para maior harmonia e solidariedade, destacando a formação para

democracia nas práticas educacionais, como tornar possível e acessível práticas educacionais como o DUA - Desenho Universal para a Aprendizagem.

Tudo que já foi conquistado foi por que as famílias vem se organizando, tendo maior acesso e troca de informações de qualidade e com evidências reconhecidas (BORGES; WERNER, 2018), mas tudo isso ainda está em processo de construção, pois muito dessas informações ainda precisam chegar às pequenas cidades longe dos grandes centros e serem realmente efetivadas, como no caso a ser discutido em questão, em que levou-se cerca de um ano para o fechamento diagnóstico, perdendo um importante tempo de estimulação infantil.

3 PROCESSO DE DIAGNÓSTICO

Atualmente, o TEA persiste como um dos maiores desafios diagnósticos e terapêuticos dos transtornos psiquiátricos da infância, ainda observando-se dificuldades em alguns profissionais para realizar o diagnóstico precoce, antes dos três anos de idade (ARAÚJO *et al*, 2019). Apesar dos grandes esforços de entidades de classe médica e das outras áreas de saúde, enfatizando os critérios diagnósticos e uso de escalas de desenvolvimento, ainda percebe-se grande dificuldade para se reconhecer e diagnosticar a pessoa no TEA, principalmente em cidades com menor número populacional e longe das grandes capitais, e como a contínua busca da população por profissionais especializados no tratamento do TEA.

3.1 Diagnóstico do TEA

Donovan e Basson (2017, p. 4) afirmam que o TEA é “diagnosticado apenas com base no comportamento”, confirmando que o TEA está ligado ao um diagnóstico clínico interdisciplinar.

O desenvolvimento infantil é um processo que demanda várias etapas, com a criança sendo exposta a uma série de experiências e desafios cognitivos, e essa jornada significa crescer, se refazer e aperfeiçoar-se a todo momento, num crescente, onde a percepção vigilante deve ser constante, para observar sequencias de desenvolvimento que não são esperadas.

Atualmente, o DSM – 5 trouxe critérios internacionais, que são aceitos para o diagnóstico de TEA (ARAÚJO, 2021), que incluem resumidamente:

déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos (incluindo déficits na reciprocidade socioemocional, nos comportamentos

comunicativos não verbais usados para interação social e para desenvolver, manter e compreender relacionamentos); padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (exibindo pelo menos dois, como movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, insistências nas mesmas coisas, interesses fixos e altamente restritos em intensidade e foco, e hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais do ambiente); sintomas precoces; com prejuízos significativos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida; alterações não explicadas por deficiência intelectual.

Que podem variar segundo o nível de gravidade de suporte, de apoio:

- nível 1 (exigindo apoio – na ausência de apoio déficits na comunicação social com prejuízos notáveis, com dificuldade na troca de atividades e independência);
- nível 2 (exige apoio substancial – déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, com prejuízos mesmo na presença do apoio e inflexibilidade de comportamento e sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações);
- nível 3 (grande limitação, com déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, resposta mínima a abertura social que partem dos outros e suas nas interações, extrema inflexibilidade comportamental, grande sofrimento, todas as áreas).

Apesar dos avanços no diagnóstico do TEA, este depende principalmente de uma observação clínica, comportamental e psicológica do paciente, e de profissionais com experiência clínica para tal, que fazem parte da equipe interdisciplinar, destacando principalmente dificuldades sociais e de comunicação, como também comportamentos repetitivos e interesses restritos, fixos e intensos (CELERI *et al.*, 2018).

Atualmente, são utilizadas escalas de desenvolvimento diagnósticas, complementares e relevantes para a conclusão do diagnóstico, muito utilizadas no Brasil, como: CARS - Childhood Autism Rating Scale; ABC – checklist; ADI – R – Autism Diagnostic Interview Revised; e o ADOS – 2 Autism Diagnostic Observation Schedule (ARAÚJO, 2021).

Araújo (2021), destaca a importância dos pais se sentirem apoiados no momento do fechamento diagnóstico, lembrar de cuidar do cuidador, oferecendo uma escuta interessada, se mostrando aberta para um ouvir e esclarecer dúvidas e valorizar o sentimento dos familiares, que vão enfrentar:

fases do luto, modificação da rotina da família, adequação das tarefas do casal, [...] busca de terapias, realização de exames complementares e avaliações, saídas

frequentes para tratamentos, dificuldades em obter profissionais capacitados ou atendimentos necessários[...] (ARAÚJO, 2021).

É papel de toda equipe, com foco na qualidade de vida da pessoa com TEA e sua família, um acompanhamento humanizado, reforçando a importância do estabelecimento de uma rotina familiar, terapêutica e escolar adequada as necessidades de cada caso.

3.2 Importância da Estimulação Precoce

Estudos atuais sobre neuroplasticidade na infância, indicam que as experiências infantis de aprendizagem social tem um valor inestimável para o desenvolvimento de suas habilidades sociais cerebrais, uma das áreas de maior comprometimento no TEA e quanto mais cedo for o diagnóstico mais rápido o tratamento pode ser iniciado, o que resulta em ganhos de habilidades maiores, já que é no período da infância que as conexões cerebrais e de neuroplasticidade estão em momento de maior desenvolvimento.

Por esse motivo e achados científicos reforçando, a intervenção no TEA primordialmente escolhida deve ser precoce, pois a forma precoce e intensiva de tratamento forma redes neurais de base para o desenvolvimento da arquitetura do cérebro infantil, modelando a tendência genética através da epigenética, apresentando assim pessoas com maior capacidade nessas áreas, o que não ocorreria sem a estimulação nesse período especificamente (NOGUEIRA; VIVANTI, 2021).

Não deixando de levar em consideração que as equipes de atendimento a essa população infantil e as famílias deve estar com seus conhecimentos atualizados e com capacitações especializadas, tendo conhecimento de todo processo de atendimento a essas famílias, desde o diagnóstico até o processo de intervenção, sempre norteados por práticas baseadas em evidências científicas.

Outra questão que mudou e percebe-se ser um ponto importante e que somou muito na intervenção precoce proposta foi expandir o tratamento para seus ambientes cotidianos, ganhando habilidades em todos os contextos sociais do qual o indivíduo com TEA e seus familiares fazem parte. E para que isso fosse possível percebeu-se a necessidade do treino parental, dando instruções sistemáticas e estruturadas para o manejo nesses ambientes por parte da família.

3.3 Tratamento do TEA

Os principais caminhos para a intervenção nos dias atuais são as que identificam as necessidades de cada indivíduo com TEA, seja nas áreas de: fonoaudiologia; psicologia; terapia ocupacional; música dentre outras. As abordagens com maiores evidências científicas e buscadas na prática clínica são: Estimulação cognitiva comportamental baseada em ABA (Análise do Comportamento Aplicada); Coaching Parental; Comunicação suplementar e alternativa - uso de sinais, gestos, símbolos e figuras como o PECS (Sistema de Comunicação por Troca de Figuras) em pessoas com TEA não verbais (BARBOSA; FUKUSATO; SELLAN, 2020).

4 O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DO TEA

4.1 A importância dos conhecimentos da família para realização do diagnóstico precoce

O conhecimento da família sobre os principais sinais de atraso no neurodesenvolvimento e do TEA já começa logo nos primeiros dias do bebê, ao receber a Caderneta de Saúde da Criança (MS - Brasília, DF) pelos profissionais de saúde, com o preenchimento dos dados iniciais e sendo convidados a observar os primeiros dias de vida da criança, como: cuidados com o umbigo e amamentação; em estimular o desenvolvimento do feto. Mais adiante, chega-se à parte “Percebendo Alterações no Desenvolvimento”, que trata de destacar como a criança reage ao contato com as pessoas e o ambiente, se responde ao olhar, à conversa, ao toque e se recusa-se a brincar com outras crianças, buscando isolar-se.

Observações tão simples, mas que habitualmente não são aprofundadas no dia a dia da população, que na maioria dos casos só pega caderneta para tomar vacina, e não sabem a importância e extensão das informações contidas e a vigilância necessária ao desenvolvimento das crianças, sem saber que existe uma página que trata de “Autismo - Sinais para Autismo”. Nela, é possível anotar observações referentes às seguintes alterações: sono; indiferença aos cuidadores; comportamentos estereotipados; ausência de resposta ao chamado; aversão ao contato físico; dificuldade de brincar de faz de conta; hipersensibilidade a certos sons; ecolalia; tendência ao isolamento e interesses circunscritos.

A luta por atendimento precoce da criança com TEA começa aqui, nas Unidades Básicas de Saúde, que são as unidades mais próximas à população, que, dentre tantas ações, pode: orientar a família; minimizar comportamentos inadequados; instalação de

comportamentos rígidos e inflexibilidade cognitiva; promover a redução de alterações sensoriais e tantas outras dificuldades que poderiam ser trabalhadas precocemente. Que devem estar previamente orientadas para tanto, através de ações e treinamento específicos para essa equipe. (minha alteração).

4.2 Orientação da equipe interdisciplinar à família

As orientações da equipe interdisciplinar, desde o momento da busca diagnóstica, devem ser claras e humanizadas, buscando preparar a família sobre os transtornos do neurodesenvolvimento, sobre o TEA e suas características, assim como para a intervenção precoce e vida após o diagnóstico.

O Centro de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard apresenta orientações aos pais para redução do stress tóxico, então propomos no texto, uma adaptação das mesmas para os pais de crianças com TEA - Estresse e resiliência: como o estresse tóxico nos afeta e o que podemos fazer a respeito. Center on the Developing Harvard University, 2022.

Orientações aos pais de crianças com TEA, adaptação do modelo inicial para redução do stress tóxico do Centro de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard:

- a) Obter e trocar informações com outros pais: Todo mundo precisa de apoio em tempos difíceis, mas pode parecer difícil encontrá-lo, especialmente perante o estresse parental dos primeiros dias de diagnóstico, informe-se sobre grupos de pais;
- b) Buscar acesso a cartilhas gratuitas pelo Sistema Único de Saúde - SUS: ajuda a construir resiliência e calma no momento que segue após o diagnóstico;
- c) Visualizar infográficos: saiba mais sobre o que significa o stress (minha correção) tóxico infantil, principalmente o stress parental, e o que pode fazer a respeito, tanto como indivíduos quanto como comunidade.
- d) Assistir a vídeos de sobre TEA: do Ministério da Saúde - SUS e outros estados.

4.3 Para formuladores de políticas e profissionais:

Todos nós queremos que as crianças da nossa sociedade cresçam e atinjam todo o seu potencial. Infelizmente, políticas governamentais complexas e serviços limitados ou de difícil

acesso são muitas vezes a causa do estresse indevido, em vez de ajudar a reduzi-lo. É por isso que as políticas em muitas áreas, incluindo aquelas voltadas para: cuidados e educação na primeira infância; serviços de proteção infantil; saúde mental de adultos; e apoio econômico familiar; entre outros, podem e devem promover ambientes seguros e de apoio e relacionamentos estáveis e atenciosos de que as crianças precisam.

Muitas famílias buscam informações baseadas em evidências científicas, não medindo esforços, nem mesmo econômicos, em busca do diagnóstico da criança e de tratamento adequado.

O fechamento do diagnóstico favorece a melhora do estado clínico de depressão materna, demonstrando que se está atravessando as fases de luto da criança que não veio, indo da raiva à “barganha”, (RANGEL, 2022), pois

Um membro permanentemente sintomático, como o autista, ocasiona à família, algumas conseqüências, sendo isso um fator relevante para estudos. Pois, esse fator muitas vezes leva a família se disfuncionar, evidenciando a relação entre o autismo infantil e o estresse familiar. Fávero e Santos (2005), afirmam que dinâmica familiar sofre mobilizações que vão desde aspectos financeiros até a qualidade de vida física, psíquica e social dos cuidadores. Na maioria das vezes os pais têm que fazer o luto pela perda do filho ideal, para que possam perceber as reais capacidades e potencialidades de sua criança (SILVA, 2009).

As adaptações necessárias ao desenvolvimento da criança, já fazem parte da rotina das famílias, que buscam tanto quanto a equipe, realizando assim uma troca de informações atualizadas e de grande valia para todos os envolvidos na intervenção da criança, o que falta muitas das vezes nas políticas públicas em saúde e educação para a pessoa com TEA e suas famílias.

O fazer diferente, tem muito significado, tanto para os pais como para as crianças, principalmente do ponto de vista da neurodiversidade que Jim Sinclair e outros defendem (DONVAN; ZUCHER, 2016), é apenas mais uma maneira de ser humano, que pode vir a ser crucial para existência da humana, como Temple Grandin, ativista e profissional extremamente gabaritada, vinculada a Universidade do Colorado, EUA, que relata que jamais deixaria de ser autista, mas que deve ser respeitada e recebida com todas as suas particularidades como cada ser humano.

5 ESTUDO DE CASO

[...“Uma gotinha no oceano faz, sim, muita diferença.”...] - Dr.^a Zilda Arns Neumann (BARBOSA; FUKUSATO; SELLAN, 2020).

O estudo de caso conta o processo diagnóstico do TEA de uma criança, B.S.T., que faz parte de uma família do interior do estado de Mato Grosso, filho de um pai formado em Direito, Serviço Social e Sargento da Policial Militar de MT, em exercício da função, e uma mãe formada em Serviço Social e cursos em saúde mental, que ainda não atua e fica por conta do lar e das demandas do filho e da irmã mais velha com 15 anos de idade. E o filho de 02 anos e três meses de idade, B.S.T., é o primeiro filho do segundo enlace matrimonial da mãe.

Este trabalho de monografia relata os resultados de uma série de entrevistas com pais, coleta de dados de exames da criança e de avaliações realizadas em sua busca pelo diagnóstico de um menino de 2 anos e 3 meses de idade.

A entrevista foi realizada em um setting terapêutico fonoaudiológico, que acompanha o caso até o momento, quatro vezes por semana em sessões com os pais de 1 h cada. A mãe da criança autorizou informalmente a escrita do relato de caso. A prática relatada nos levou a certas considerações, que fazem parte da discussão que se segue, destaque para o fato da família relatar que este já era o terceiro serviço de Fonoaudiológico percorrido, pois o primeiro não observou alterações fonoaudiológicas associadas ao sinais de TEA, já no segundo não queria entrar na sala do terapeuta e quando conseguia que a criança entrasse, muitas dessas vezes com a mãe ele chorava muito, sem conseguir estabelecer uma boa relação de interação terapeuta paciente.

Nos dias 18, 20, 22, 25 e 27 de outubro de 2021, foram realizadas entrevistas com os pais da criança, de 2 anos e 3 meses de idade, para coleta de informações sobre como chegaram ao diagnóstico de TEA. Exames realizados posteriormente a essas datas foram sendo repassados à medida que os pais iam conseguindo realizá-los, pois, apesar de possuir convênio de saúde, que arcava com parte das despesas médicas, muitos dos exames, consultas e terapias foram de forma particular, o que levou a família a enfrentar dificuldades financeiras, necessitando do apoio de amigos e familiares para minimizar as dívidas contraídas.

No início da entrevista, a mãe logo relata, de forma impressionante, que com 04 dias após o nascimento suspeitou de TEA, pois o filho tinha momentos de olhar muito fixo para um quadro que tinha na parede da sala de sua casa, assim como para o revestimento que tem no balcão da cozinha. Acreditava que o olhar fixo era atípico, pelo conhecimento adquirido em seus estudos. Destaca que sempre ao sentar-se com o bebê no sofá da sala de casa ele ficava com esse olhar fixo rumo ao quadro.

Nessa época a família procurou médica pediatra em seu município, que após ouvir o relato de apreensão sobre um possível atraso no desenvolvimento, apenas perguntou para a mãe se o filho trocava olhares com ela durante as mamadas, e como esta respondeu que sim, apenas afirmou que ele não estaria com TEA porque todo bebê com TEA não troca olhares com a mãe, e considerou não ser necessário intervenção, desconsiderando o mal estar do bebê, em estágio inicial – uma série de intercorrências com sinais de infecção de forma recorrente. Solicitou aguardar até 2 anos e, se os sintomas persistissem, procurar o serviço de Fonoaudiologia.

Percebe-se aqui que a profissional estava em desacordo com a lei 13.438/2017, publicada no DOU em 26/04/2017, que tornou obrigatório a adoção de protocolos padronizados para a avaliação de riscos ao desenvolvimento psíquico de crianças de até 18 meses de idade, que poderia já ser observado pela mãe, assim como também foi recomendado aos médicos pediatras e profissionais de saúde, pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em abril de 2017, que trabalham com crianças da primeira infância, a aplicação do instrumento de triagem, não de diagnóstico, de indicadores do TEA chamado Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)⁴. Pois, quanto mais precoce o diagnóstico mais rápido o tratamento, o que traz resultados mais expressivos, pois estão associados à maior velocidade de formação de conexões cerebrais e neuroplasticidade, em grande período de desenvolvimento cerebral (SBP, 08/05/2017; SBP, abril, 2017).

Essa conduta é reforçada pelo documento redigido pelo CDC em parceria com a Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil em 2019, o *Act Early*, programa de identificação precoce de atrasos do neurodesenvolvimento, que apresenta, dentre os marcos do desenvolvimento esperados de 02 meses até 05 anos de idade, o destaque da Academia Americana de Pediatria que também recomenda a avaliação de desenvolvimento e autismo.

Neste caso, com escores indicativos de atraso dos marcos do desenvolvimento, é necessário a avaliação com equipe interdisciplinar especializada, pois o lactente já pode apresentar alguns sinais, tais como: atraso no sorriso social; movimentar o corpinho com desinteresse pela face humana; olhar não sustentado ou ausente; preferência por dormir sozinho; irritabilidade no colo; ausência da ansiedade frente a separação dos pais; e mais atenção a objetos que pessoas segundo manual de orientações da Sociedade Brasileira de

⁴ O download do M-CHAT-R/F pode ser feito por meio do site: www.mchatscreen.com (Quadro 6-1) (BARBOSA; FUKUSATO; SELLAN, 2020).

Pediatria nos anos de 2017 e 2019 (SBP, Abril/2017 e Abril/2019). Observações que também não foram percebidas pelos profissionais médicos pediatras procurados pela família e equipes das Unidades de Saúde pelas quais a família passou durante os períodos de vacinação. Informações que não são destacadas para as famílias durante a entrega e uso da Caderneta da Criança, que deveria ser utilizada para orientar os pais quando aos marcos do desenvolvimento esperados para cada fase do desenvolvimento infantil, assim como preparar os pais para possíveis alterações que possam surgir, priorizando o atendimento à atenção primária na presença de atrasos do neurodesenvolvimento, para iniciar o mais rápido possível o processo de avaliação e intervenção precoce.

A partir do momento que nota-se o atraso do neurodesenvolvimento não é mais possível perder as janelas de oportunidade do desenvolvimento cerebral, para modelar as estruturas cerebrais na infância. Estruturas que podem se modificar frente a uma estimulação especializada e estruturada, baseada em evidência científica, formando uma base de estrutura mais apta para o desenvolvimento das habilidades em atraso, amplamente melhor para o desenvolvimento, pois nessa fase o cérebro aceita de forma natural a estimulação, a modelagem das estruturas cerebrais por estar em na fase de maior plasticidade neuronal.

5.1. Gestação, parto, amamentação e os primeiros meses

A gestação de B.S.T. foi após 6 meses do casamento e não foi planejada, nem desejada, pois a mãe enfrentava quadro de depressão, fazendo uso de anticoncepcional e tratamento para um cisto de 4 cm no ovário direito, o esquerdo já tinha perdido por presença de outro cisto em 2015, bem maior. Não esperava engravidar.

Iniciou acompanhamento pré-natal com médico ginecologista e obstetra aos três meses de gestação.

Durante a gestação passou por várias intercorrências: infecção de urina; anemia; enjoos; fortes dores na região pélvica, vindo a saber posteriormente ao parto que teve risco de trombose venosa e óbito, segundo médico angiologista, por varizes pélvicas e Síndrome de May Thunder,

[...] variação anatômica que ocorre quando a veia ilíaca esquerda é comprimida pela artéria ilíaca direita, apertando-a contra a coluna lombar. [...] Isso causa lesões no revestimento interno da veia (endotélio), acarretando em seu estreitamento (estenose) e levando à formação de trombos e o surgimento de varizes pélvicas, devido ao acúmulo de sangue nesta área. Tal condição ainda acomete a circulação da perna esquerda, levando neste membro um agravamento do quadro de varizes,

inchaço e, em casos mais avançados, o surgimento de trombose venosa profunda (aparecendo de 18 a 49% dos casos) (Instituto Vascular, 2022).

A anemia e a depressão persistiram por toda gravidez. Fez uso do medicamento Flavonid (para tratamento das manifestações de insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores) a partir do 8º mês de gestação, assim como Sulfato Ferroso para anemia e polivitamínico para gestantes. Sem queda ou aborto anterior. Não fuma e não bebe e finalizou com 39 semanas.

O parto foi do tipo cesariana, com anestesia raquidiana, ocorrendo normalmente sem complicações, a criança chorou e apresentou boas condições de nascimento, pesando 3,995 kg e 53 cm, com perímetro cefálico de 36cm e Apgar 1' 09 e 5" 10.

Após 7 meses de nascido, a pandemia de COVID 19 atingiu o Brasil, então, entraram em isolamento, levando cerca de quase 2 anos para começar a sair com ele em locais públicos para interagir com outras crianças.

Não apresentou problemas logo após o nascimento, sendo amamentado no peito com leite materno até 7 meses, quando iniciou o uso do Leite Milnutri, que consome até o momento, tomando 5 mamadeiras de 300ml por dia, com bico Man 3, que, hoje, troca de 2 em 2 meses porque ele rasga todo o bico - antes levava mais tempo sem trocar. Senta-se para tomar a mamadeira, sem apresentar engasgos e refluxo nasal, fazendo uso de chupeta até um ano de idade, tipo Man. Tem o hábito de morder as pessoas e roer unhas.

Iniciou alimentação pastosa aos 7 meses, não aceitando alimentos sólidos até o momento, com exceção para bolacha Mabel Rosquinha, alimentando-se atualmente com auxílio. A mãe relata que ele não consegue segurar o talher e que ele não toca nos alimentos, sendo necessário colocar a comida na boca. Apresenta pouca ou nenhuma mastigação e dificuldade com canudo.

Seu tipo de alimentação atual consiste de sopa de diversos legumes e carne, consumindo apenas banana de fruta, gostando de bolacha "Rosquinha Mabel". Tem preferência para alimentos pastosos. A família percebe seletividade na alimentação, não aceita alimentos sólidos.

O sono é bom, em média de 8 a 9 horas durante a noite e de 2 a 3 horas na parte da tarde. Durante o sono dorme de boca aberta, baba e não ronca. Atualmente dorme com a irmã.

Não apresenta convulsões e até o momento não realizou cirurgias. O teste do olhinho, orelhinha e pezinho se apresentam dentro da normalidade. Os testes de Microarray Cromossômico CGH180K, Exoma completo e do X-Frágil dentro dos padrões de normalidade.

A criança se sentou de 6 para 7 meses, andando com um ano e 1 mês. As vezes anda na ponta do pé, com alteração atual no equilíbrio, esbarrando nas pessoas e objetos, caindo com frequência, atualmente sem controle de esfíncteres, usa fralda.

5.2. Imunodeficiência

A história clínica ocorreu sem problemas até os seus 4 meses de idade, quando a criança começou a apresentar quadro de infecção sem causa aparente, com ocorrência de febre muito alta (que ia e voltava), diarreia e abscesso perianal de repetição, chegando a suspeitar de Doença de Crohn. Então começaram as drenagens de abscesso, mas quando começava a cicatrizar começava outro, e a criança ficando cada vez mais nervosa. Após passar por uma série de serviços médicos sem solução, chegaram em uma médica pediatra que solicitou cerca de 28 exames, quando foi constatado a presença de Imunodeficiência primária (IDP) do IGG em criar imunoglobulina – IGG. Esta pediatra encaminhou-a para consulta com médico especialista em imunologia fora do domicílio, pelo paciente não produzir anticorpos contra doenças infecciosas e ao dar atenção a esse tratamento, que levou cerca de dois meses para ser elucidado, o que fez com que não fosse possível dar continuidade a pesquisa diagnóstica do TEA, pois tinham que viajar de 28 em 28 dias, para capital de outro estado, a quatrocentos quilômetros de seu município de origem,

Em geral, as IDP são doenças monogênicas, de caráter hereditário, que acarretam alterações imunológicas e podem expressar maior suscetibilidade a determinados tipos de infecções, tumores ou doenças autoimunes (1,2). Os pacientes com IDP apresentam, em geral, infecções recorrentes e/ou mais graves que as habitualmente verificadas para cada faixa etária (3). Em levantamentos anteriores da *Primary Immunodeficiency Foundation*, as infecções mais associadas ao diagnóstico posterior de IDP em pacientes nos Estados Unidos foram pneumonias, otites médias agudas, sinusites, traqueobronquites e diarreias agudas, que são comuns na infância (4). Nesse sentido, a Fundação *Jeffrey Modell*, em conjunto com outras instituições americanas, formulou sinais de alerta que pudessem chamar a atenção para a necessidade de se investigar uma possível imunodeficiência nesse grupo de pacientes (5) (SUAVINHO *et al.*, 2014).

Após iniciar o tratamento da imunodeficiência, em 19/12/2019 aos 05 meses de idade, a mãe relata que não foi possível dar seguimento às consultas para sanar as suspeitas de TEA, mas com 01 ano de idade começaram as estereotipias.

Segundo Amaral (2014), a estereotipia

[...] pode ser motora ou vocal. A motora envolve a repetição de movimentos, tais como balanço do corpo e/ou cabeça, agito das mãos, manipulação de objetos na

boca, entre outros. A vocal é caracterizada pela repetição de sons ou palavras (Ahearn, Clark, MacDonald & Chung, 2007). A literatura psiquiatria refere-se à estereotipia vocal como um discurso repetitivo sem sentido (Greer & Ross, 2008). Os sons e as palavras repetidas podem se relacionar a algo ouvido no presente ou no passado. A repetição de algo que foi ouvido no presente ou dentro de um período curto tem sido classificada como ecolalia (Greer & Ross). A repetição de verbalizações passadas denomina-se palilalia (Greer & Ross, 2008) ou ecolalia atrasada (MACPHERSON, 2010) (AMARAL, 2014).

A mãe relata o início das estereotípias - *flapping* com as mãos e andar na ponta dos pés -, associado ao atraso na linguagem. Este atraso na fala foi o gatilho de busca inicial.

Neste período também foi observado a perder habilidades, como: o brincar com a bola; o dizer “não” com a cabeça; chamar com a mão e o gesto de pegar a mão e levar na orelha para fazer alô.

A mãe percebia, mas ninguém mais na família, nem outros de fora do ambiente familiar, inclusive recebendo a orientação médica para esperar, e outros ainda falavam que menino é mais lento mesmo, e que logo falaria. Com isso, foi perdido um tempo precioso de intervenção, segundo ela.

O tempo foi passando e ele: não imitava; não apontava; não dava tchau; não mandava beijo; não gostava de barulho de secador de cabelo; não gostava do barulho do aspirador de pó; não gostava do barulho do liquidificador; chorava até vomitar na hora da ministração da palavra na igreja; não interagia com outras crianças na igreja; ficava perto das crianças mas não sentava para brincar, fazendo estereotípias (*flapping*), como se estivesse feliz; não gostava de andar de carro; não brincava de forma funcional (virava os carrinhos de cabeça para baixo e ficava girando as rodas com o dedo); pouco contato visual; só atendendo quando chamado por membros da família; abria e fechava portas constantemente em casa; esfregava a cabeça no colchão da cama com movimentos repetitivos e ligeiros; corria de um lado para outro dentro de casa; rindo sem motivo aparente. Comportamentos estes que não ocorreram no desenvolvimento da filha mais velha, e relata que sempre teve ambiente estimulante em casa, mas não desenvolvia.

Recordam que quando passeavam no parquinho da praça com ele, não demonstrava interesse nos brinquedos e nas outras crianças, gostava de ver os carros passando na rua. Não fazia imitação, nem sons de animais ou outras coisas. Não apontava, nem pedia as coisas, não era curioso, sem muitos interesses. O quadro seguinte apresenta uma linha do tempo resumindo o que foi exposto nos parágrafos anteriores.

Quadro 1 – Linha do tempo de B.S.T.

JUN/2018 - 2º MATRIMÔNIO.
SET/2018 – DEPRESSÃO.
DEZ/2018 – GESTAÇÃO.
JUL/2019 – NASCIMENTO.
JUL/2019 – MÃE SUSPEITA DO OLHAR NO 4º DIA.
NOV/2019 – PERCEBE INFECÇÕES RECORRENTES.
DEZ/2019 – IDP / IGG.
JAN/2020 – SENTAR.
FEV/2020 – COMER PASTOSO.
MAIO/2020 – ATRASO BUSCA DO TEA - COVID19.
MAIO/2020 – ANDAR, PERDE HABILIDADES E COMEÇO DE ESTEROTIPIAS.
MAR/2021 – NEURO SUSPEITA DE TEA - ESTIMULAÇÃO COMEÇA 10h SEMANAIS, COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR – OPINIÕES DIVERGENTES NA EQUIPE – TO ESPECIALISTA EM INTEGRAÇÃO SENSORIAL PERCEBE SINAIS DE TEA / DISFUNÇÃO SENSORIAL E ATRASO MOTOR OUTROS NÃO.
JUL/2021 – PEDIATRA ESPECIALISTA EM DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO - DIAGNÓSTICO DE TEA.
AGO/ 2021 – COMEÇA PSICOLOGIA EM ABA
OUT/ 2021 – COMEÇA FONO ESPECIALIZANDO EM TEA E ABA.
MARÇO/ 2021 – OBSERVAM GANHOS NO DESENVOLVIMENTO.

Fonte: Elaboração própria.

5.3. O diagnóstico do TEA

Em março de ano 2021, consultaram um médico Neuropediatra que concordou com a presença de sinais de TEA, mas não quis fechar o diagnóstico, não seguindo a conduta médica atual de encaminhar para estimulação intensiva precoce (ARAÚJO, 2021), de 10 h semanais de terapia com profissional de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Musicoterapia.

Assim seguiu, fazendo essa proposta de terapias por 06 meses, sem grandes avanços, provavelmente segundo a família por ocorrer uma discordância entre os profissionais com

relação ao diagnóstico de TEA. Os serviços de Fonoaudiologia e Psicologia não concordaram com diagnóstico de TEA, apenas observando um leve atraso. Já o serviço de Terapeuta Ocupacional observava extremas alterações sensoriais, no desenvolvimento cognitivo e motor, o que gerou ainda mais dúvidas e apreensões.

Por esses motivos, depois de 04 meses de lista de espera, consultou com médica pediatra especialista em desenvolvimento e comportamento, que concluiu, com efetiva determinação que o paciente apresentava características do TEA - segundo laudo médico pediátrico:

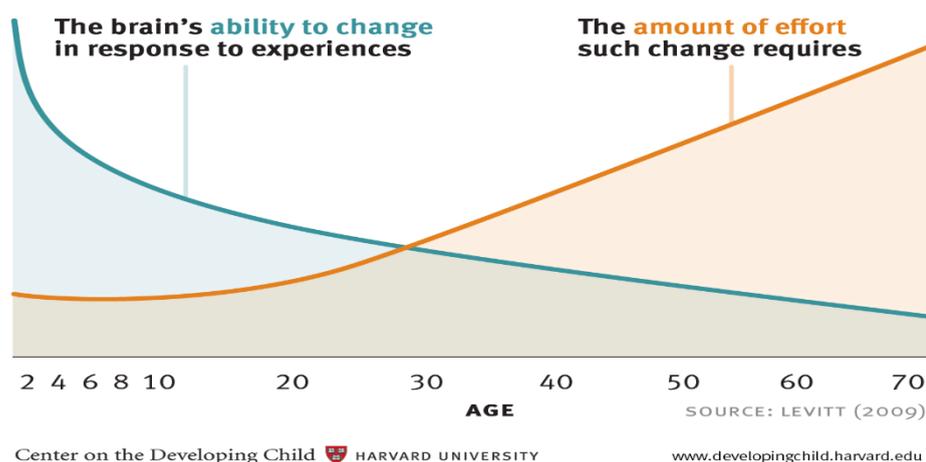
- a) nem sempre olha ao ser chamado pelo nome e não sustenta o olhar em troca declarativa;
- b) não usa o apontar de forma protodeclarativa;
- c) não apresenta imitações sociais, as expressões faciais, as mímicas e os gestos para transmitir suas intenções;
- d) a criança não procura, espontaneamente, entrar em contato ou chamar a atenção do outro;
- e) não expressa prazer ou interesse compartilhado, demonstrando prejuízo de suas interações sociais recíprocas e do jogo simbólico;
- f) observa-se, portanto, além do atraso verbal, prejuízo da comunicação não verbal;
- g) usa o outro para conseguir o que deseja;
- h) apresenta extremos na manifestação das reações, não conseguindo se acalmar em algumas situações;
- i) apresenta rituais estereotipados e desprovidos de significado simbólico contextualizado;
- j) estereotipias com as mãos, *flappings*, dedos, braços e tronco;
- k) anda ou corre de um lado para o outro;
- l) usa o brinquedo sem autenticidade;
- m) apresenta alterações sensoriais – girar objetos/ introduzir objetos na boca/ passar a língua em superfícies/ gritos descontextualizados;
- n) maneirismo alimentar com seletividade alimentar, só come pastoso;
- o) alterações na motricidade ampla e fina, no - desenhar, pintar, empunhadura do lápis, não come sozinho, prejudicando a autonomia de atividades de vida diária, devido ao prejuízo de planejamento e execução motora;
- p) não come sozinho;

- q) tem *déficits* clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais e os padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesse e atividade, dando ao menor, o diagnóstico de TEA CID – 10: F 84.0.

A partir do momento em que a família enfim chegou ao diagnóstico de TEA, sem sombra de dúvida, pela quantidade expressiva de sintomas clínicos observados pela médica pediatra especialista, automaticamente a criança já foi direcionada para estimulação intensiva de 40h semanais com profissionais especializados em Análise do Comportamento Aplicada – ABA (iniciada em agosto/2021), pois as 10h semanais, sugeridas anteriormente por outro serviço médico, não seriam suficientes para um expressivo desenvolvimento de habilidades e ampliação de repertório de comunicação, e de oportunizar o período de maior plasticidade neuronal que se

[...] manifesta em três situações distintas: 1) no processo maturacional, ou seja, no desenvolvimento do ser humano; 2) em caso de lesões cerebrais; 3) no processo de aprendizagem, sendo este último o alvo do nosso enfoque. De acordo com Oliveira, Salina e Annunziato (2001), o termo plasticidade neural se refere à capacidade que o SNC possui em modificar algumas das suas propriedades morfológicas e funcionais em resposta às alterações do ambiente (MACÊDO; PURIFICACÃO e SILVA, 2020).

Gráfico 2 – Resposta a experiências – Center on the Developing Harvard University, (2022)



Fonte: Arquitetura do cérebro. Center on the Developing Harvard University (2022).

A precocidade no diagnóstico e tratamento tem uma importância, entre outras coisas, pela plasticidade cerebral. Por exemplo, no gráfico acima, retirado do texto Arquitetura do Cérebro, do Centro de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard, estudos mostram a capacidade do cérebro de mudar em resposta às experiências vividas

precocemente, sendo mais fácil e menos custoso formar circuitos cerebrais fortes durante os primeiros anos do que intervir ou “consertá-los” mais tarde (Center on the Developing Child, University Harvard – EUA). Assim como observados em estudos mais atuais em TEA já citados, segundo Nogueira e Vivanti, 2021.

A mudança solicitada pela médica pediatra especialista em desenvolvimento e comportamento para profissional de psicologia especialista em ABA, com recomendação de estimulação em equipe altamente especializada em TEA e ABA, passando de 3 para 5 profissionais especializados buscava

[...] a reorganização neural guiada de uma maneira que facilite a recuperação da função é um objetivo preliminar da recuperação neural. Os estudos com humanos confirmam que essa reorganização pode ser facilitada incorporando treinamento repetitivo, prática de tarefas específicas, treinamento sensorial e prática mental, todas integradas as estratégias de reabilitação (BORELLA e SACCHELLI, 2009).

Em maio de 2021, após ampliação das sessões para 40h semanais, a criança começou a falar “zuuul” de azul e atualmente se interessa pelos brinquedos e atividade de coordenação ampla em brinquedos grandes como escorregador infantil e com luzes.

Quanto à fala e linguagem, antes de um ano não produzia balbucios. De maio de 2021 em diante começou a balbuciar: “mama”; “papa”; “zul”; “rra” para já; brumbrum para bumbum; e “rra” de dá. Não estrutura um diálogo, se comunicando pelo choro.

É sociável, mas de temperamento forte, interage em casa, chegando a chorar quando não é compreendido e seus pais fazem de tudo para entender. Não pratica esporte.

Atualmente faz tratamento com Médica Pediatra, Neuropediatra, Pediatra especialista em comportamento e desenvolvimento, Fonoaudióloga especializando em TEA e ABA, Terapeuta Ocupacional especialista em Integração Sensorial e Psicóloga especialista em ABA. Foram adotadas estratégias naturalísticas e estratégias por Tentativas Discretas (Discreet Trial Training - DTT) para o tratamento.

Na data da entrevista os pais analisavam colocar na creche no início do ano letivo de 2022, por indicação da médica pediatra especialista em comportamento e desenvolvimento, para estimular a interação social com seus pares, com a presença do apoio escolar individualizado, para melhor processo de adaptação no ambiente escolar.

A mãe relata que stress gerado pela busca do diagnóstico e tratamento efetivo do TEA, associado ao processo de depressão enfrentado antes da gravidez culminou no aparecimento da doença reumática em 2022, o Lúpus.

Desde o início do processo diagnóstico até julho de 2022 foram realizados os seguintes exames: exames que constaram alteração - exames para avaliação de deficiência de imunoglobulina G (IgG), exame de mapeamento venoso, relatório do médico alergista e imunologista, relatório do médico pediatra especialista, exame de avaliação de marcadores do comportamento verbal e programa de nivelamento (VB MAPP), exame de SSB/LA Auto Anticorpos ANTI, exame citopatológico, de biópsia peça cirúrgica, parecer descritivo escolar e relatório de terapia ocupacional; e aqueles que não constaram alterações, - teste da orelhinha, teste do olhinho, teste X Frágil pesquisa molecular de cromossomo pcr, teste Microarray Cromossômico CGH180K, teste exoma completo, exame potencial evocado auditivo de tronco encefálico (Peate), eletroencefalograma, ressonância magnética de crânio e raio – x de cavum. Todos analisados e discutidos com a família e equipe interdisciplinar durante processo de análise de dados.

5.4 A realidade diagnóstica atual

Como, ainda se leva tanto tempo, mesmo que um ano, para realizar o fechamento diagnóstico em Transtorno do Espectro Autista em nível de gravidade 3, perdendo-se um tempo importante de estimulação com intensidade e frequência adequadas, nos tempos atuais, quando avança-se de forma extraordinária em conhecimentos a respeito do TEA.

Segundo relato da família, a deficiência de imunoglobulina foi superada com as infusões, assim como as alterações sensoriais, pois já não se desregula com facilidade e reduzindo gradativamente a busca sensorial oral. Na parte de mobilidade motora sua precisão manual e esquema corporal melhor a cada dia, reduzindo episódios de queda, com ganho de força e precisão.

Em seis meses acompanhando o caso, no serviço de Fonoaudiologia, acompanhando os relatos famílias e relato de outros serviços, foi possível observar melhoras, como demonstrado no quadro seguinte (*marcação para observações segundo laudo médico pediátrico de 21/07/2021):

Quadro 2 – Realidade diagnóstica atual de B.S.T.

| <u>OUTUBRO/2021</u> | <u>MARÇO/2021</u> |
|----------------------------|---------------------------|
| 1 - CONTATO VISUAL | 1 - CONTATO VISUAL |

| | |
|--|--|
| <p>Olhar fixo em objetos e superfícies aleatórias, como quadro e azulejo* da parede da casa.</p> <p>Nem sempre olha ao ser chamado pelo nome e não sustenta o olhar em troca declarativa*.</p> <p>No começo respondia quando interagia com ele, por volta dos 06 meses*.</p> | <p>Atende quando chamado, exceto: quando está em busca sensorial; quando está atento à algum distrator, como TV ligada; ou birra por algo que quer.</p> <p>Atualmente mantém maior contato visual durante as atividades propostas, principalmente quando do seu interesse.</p> |
| 2 – INTERAÇÃO | 2 – INTERAÇÃO |
| <p>Prejuízo em suas interações sociais recíprocas, não interage, apenas usa o outro como ferramenta para conseguir o que deseja*.</p> <p>Não apresenta imitação social*.</p> | <p>Atenção ao terapeuta, com troca de turno a imitação de vocalizações. Mais afetivo.</p> <p>Aceita brincar com os animais em miniatura, encaixe, no espelho e outros. Maior flexibilidade, tempo de atenção, atenção compartilhada, atenção sustentada e planejamento.</p> |
| 3 – IMITAÇÃO | 3 – IMITAÇÃO |
| <p>Não imitava.</p> <p>Não dava tchau e não mandava beijo.</p> | <p>Imita movimentos de órgãos fonoarticulatórios (OFA's) e Método Multigestos como o “A”, movimentos motores (mãos na cabeça).</p> <p>Imitação de vocalizações e vogais e algumas palavras aleatórias, sem continuidade, como “abre”</p> |
| 4 – LINGUAGEM e COMUNICAÇÃO | 4 – LINGUAGEM e COMUNICAÇÃO |
| <p>Foi um bebê silencioso, que emitia poucos balbucios e não apresentou a fase pré-linguística ao final do primeiro ano de</p> | <p>Atende a comandos verbais simples, como: abraço/ pega/ dá o pé/ beijo/ tchau/ abençoa / senta / dá a mão/ joga objetos</p> |

| | |
|--|---|
| <p>vida. Não procura, espontaneamente, entrar em contato ou chamar a atenção do outro, não apresentando prazer ou interesse compartilhado. Não apresenta expressões faciais, mímicas e/ou gestos para transmitir suas intenções*.</p> <p>Atraso verbal e prejuízos na comunicação não verbal. Não aponta de forma protodeclarativa*.</p> <p>Apresenta gritos descontextualizados*.</p> <p>Usa o choro para se opor, e fica alterado quando não o entendem.</p> <p>Sem intenção comunicativa.</p> | <p>no lixo / dá ração para Maya / coloca mamadeira na pia / ajuda a tirar a blusa e a chinela / ajuda a guardar os brinquedos / entende solicitação de sobe e desce / na hora do almoço ajuda a pegar a cadeira de alimentação, subindo com apoio parcial / na hora do banho já vai direto para o banheiro ao ser chamado / e já espera pegar os itens, como a toalha.</p> <p>Entrega objetos em casa como o chinelo e a bola.</p> <p>Apresenta comportamento de MANDO (através do choro).</p> <p>Iniciando primeiras palavras, e vogais que começam e terminam as palavras (FALA: BOIA - para bola / DÁ / A - ai / I (esteriotipia vocal) / O - para vovô do SERRA SERRA/ não / mais/ dedeira / mãe / E / U / Bre – para abre / au para cachorro / É /).</p> <p>Realiza gestos de: tchau; beijo; dá benção; dá abraço; bate palmas;</p> <p>Redução dos gritos.</p> <p>Primeiros sinais de intenção comunicativa.</p> |
| 5 - JOGO SIMBÓLICO | 5 - JOGO SIMBÓLICO |
| <p>Não apresenta jogo simbólico.</p> | <p>Iniciando pré-simbólico, fazendo uso convencional de objetos (ex: pega um copo vazio para beber água).</p> |

| 6 – COMPORTAMENTO | 6 – COMPORTAMENTO |
|---|---|
| <p>Apresenta extremos na manifestação de suas reações, não conseguindo se acalmar em algumas situações, com rituais esteriotipados e desprovidos de significados simbólico contextualizado.</p> <p>Realiza esteriotipias motoras com: mãos (flappings); dedos; braços (para cima e para baixo) e tronco (para frente e para trás).</p> <p>Anda ou corre de um lado para o outro e gira em volta do próprio eixo*.</p> <p>Padrões restritivos e repetitivos de comportamento.*</p> | <p>Redução da deambulação e esteriotipias sem sentido, apresentando mais regulado durante as atividades.</p> <p>Chega e aceita as brincadeiras propostas como faz cócegas e senta para realizar a atividade proposta, sem deambular levando tudo a boca e babando.</p> |
| 7 – BRINCAR | 7 – BRINCAR |
| <p>Prefere o brincar isolado, mesmo entre os pares, sem interesse em repartir interesse com o outro*. Não utiliza o brinquedo de forma funcional. Sem muito interesse no brincar.</p> <p>Manipula os objetos de forma rápida e sucessiva, arremessando logo em seguida ou levando na boca, para morder ou lamber.</p> <p>Gira objetos e brinquedos.</p> <p>Perdeu o brincar com a bola.</p> <p>O não com a cabeça.</p> | <p>Aceita praticar a rotina social sensorial.</p> <p>O sentar para brincar se instalando gradativamente.</p> <p>Toma iniciativa para começar a brincadeira do “Serra serra do, serra o papo do...O”.</p> <p>Balançar com a terapeuta e sorrir, mostrando a melhora da mímica facial, antes inexpressiva.</p> <p>Gosta de brincar, sorri e interage com contato social e ocular.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Chamava com a mão.</p> <p>Pegava o telefone para dizer alô.</p> <p>Quando pais levavam no parquinho da praça, não tinha interesse, só em ver os carros passando.</p> | <p>Hoje sobe nos brinquedos sozinho e se entusiasma.</p> |
| <p>8 - OBSERVAÇÕES SENSORIAIS</p> | <p>8 - OBSERVAÇÕES SENSORIAIS</p> |
| <p>Introduz objetos na boca para morder e/ou lamber.*</p> <p>Passa a língua em superfícies*.</p> <p>Não gostava do barulho do liquidificador, aspirador de pó e do secador de cabelo.</p> <p>Chorava até vomitar na hora da ministração da palavra na igreja que frequêntam, não interagindo com outras crianças na igreja, fica perto mas não sentava para brincar, fazendo esteriotipias.</p> | <p>Hoje raramente leva os objetos e/ou brinquedos a boca, mas lambendo a borda da camiseta e superfícies.</p> <p>Tolerando melhor sons intensos.</p> <p>Hoje senta e começa a prestar atenção a tudo a sua volta, sem esteriotipias, apenas sentado aguardando.</p> |
| <p>9 - ÓRGÃOS FONOARTICULATÓRIOS E FUNÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</p> | <p>9 - ÓRGÃOS FONOARTICULATÓRIOS E FUNÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</p> |
| <p>Apresenta seletividade alimentar, e só come alimentos em consistência pastosa, líquidos (sucos) e mamadeira.</p> <p>Sialorréia, principalmente quando leva objetos a boca, escorrendo saliva sem controle.</p> <p>Não come sozinho.</p> | <p>Aceitando alimentos (frutas variadas) na escola (Creche II - Municipal), reduzindo seletividade.</p> <p>Aceita de forma assistemática a manipulação digital dos órgãos fonoarticulatórios, para terapia miofuncional passiva e aplicação do Método Multigestos.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Excessão bolacha Mabel, que come sozinho, mas vai sempre comendo em formato de anel.</p> <p>Não toca nos alimentos.</p> <p>Não mastiga bem.</p> <p>Durante o sono dorme de boca aberta, baba e não ronca.</p> | <p>Redução da sialorreia (baba) principalmente por ficar tanto tempo com objetos na boca, agora manipulados manualmente sem levar na boca.</p> <p>Alguns alimentos, como frutas, já consegue pegar com sua mão e come sozinho.</p> <p>Já começou a tocar os alimentos e aceitar alimentos que não sejam pastosos.</p> <p>Aponta para as vogais e nomeia cada uma delas (sinais de hiperlexia).</p> |
| 10 – MOTOR | 10 – MOTOR |
| <p>Apresenta alterações motoras amplas e finas, e não consegue pedalar.</p> <p>Não consegue segurar o talher.</p> <p>Manipulação de objetos rápida e sucessiva.</p> <p>Cai com frequência, apresentando incoordenação motora.</p> <p>Anda na ponta dos pés.</p> | <p>Apresenta momentos em que consegue sentar, sem cair para trás.</p> <p>Manipulando objetos de forma lenta, embora sucessivamente, com olhar sobre o objeto.</p> <p>Conseguiu pedalar o carrinho que tem em casa.</p> |
| 11 – AVDs | 11 – AVDs |
| Sem autonomia nas atividades de vida diária (AVDs). | Sem autonomia nas atividades de vida diária (AVDs). |

Fonte: Elaboração própria

A ideia de colocar a criança na creche em 2022 se concretizou, com relatório do primeiro bimestre escolar constando que a criança conseguiu, ora com apoio ora sem apoio: arremesso das bolas trabalhando as cores e associação das vogais. A socialização está

ocorrendo de maneira gradativa, de maneira amigável. Aceita alguns comandos e regras pré-estabelecidas. É uma criança carinhosa, sabe escutar e observar quando se fala com ele. Sua coordenação motora e linguagem estão em processo de desenvolvimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, buscou-se responder três perguntas: 1) O diagnóstico precoce de Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode interferir no desenvolvimento das habilidades e das capacidades de uma criança com suspeita de TEA? 2) Qual a relevância do aperfeiçoamento dos profissionais que atendem pessoas com TEA (equipe interdisciplinar)? 3) Os conhecimentos que a família possui, ainda que básicos, podem contribuir no processo de diagnóstico de TEA?

Diante dessas perguntas, levantou-se três hipóteses gerais que foram confirmadas:

- (i) sim, a partir do estudo de caso acompanhado o diagnóstico precoce de TEA pode interferir, significativamente, na aquisição das capacidades e desenvolvimento de habilidades de uma criança com diagnóstico de TEA porque há possibilidade de minimizar significativamente comportamentos como: rigidez à mudança de condutas e rotinas; perda de flexibilidade cognitiva e de habilidades já adquiridas; melhor comunicação e contato social;
O atendimento precoce é primordial para o melhor desempenho da criança ao longo da vida, portanto, quanto mais cedo identificá-lo, de preferência no primeiro ano de vida, maiores oportunidades de tratamento e qualidade de existência humana, com equipes, pais, cuidadores e educadores os apoiando para uma vivência mais feliz, somando ao repertório delas capacidades para conviver em mundo mais neurodiverso e não menos adaptado (BARCELOS; VIEIRA, 2021; ZORZETTO, 2011).
- (ii) sim, é imprescindível o aperfeiçoamento dos profissionais que atendem pessoas com TEA, em equipe interdisciplinar, pois os mesmos apresentam uma série de manifestações clínicas, variando do nível mais leve ao mais grave, para um rápido fechamento diagnóstico e iniciar a intervenção de modo precoce, de modo a beneficiar o desenvolvimento como um todo (motor, cognitivo, sensorial, social e de linguagem) da pessoa com TEA e de suas famílias;

Não é possível atender plena e adequadamente a criança com TEA e suas famílias atualmente, sem estar ciente dos estudos com maiores evidências científicas para o diagnóstico e tratamento, com riscos de prejuízos: financeiros; emocionais; perda de habilidades; aumento de comportamentos inadequados; aumento de rigidez comportamental; minimizar contatos sociais; perdas acadêmicas e de melhores condições de autonomia para a criança e seus familiares, dentre outros.

Um atendimento realizado sem atualização profissional na área do TEA, atualmente, pode interferir na intervenção e gravemente no cotidiano das famílias, pois hoje, a fragilidade emocional de algumas famílias pode levá-las até mesmo ao suicídio, momento que nunca se esperou chegar.

Essas famílias muitas vezes, como no caso em questão, não são ouvidas, não são fazem parte do processo diagnóstico e do tratamento, o que atualmente se mostrou extremamente benéfico. Inserir as práticas terapêuticas em ambientes do cotidiano dos pacientes ampliam sua intensidade e frequência, minimizando comportamentos inadequados e promovendo ganho de habilidades, assim como segurança e melhor compreensão sobre o tratamento aos familiares.

- (iii) e sim, quanto mais conhecimentos a família possuir, mais serão as chances para adoção de ações que contribuam no processo de diagnóstico de TEA, extendendo estas a ambientes cotidianos, levando a maior frequência e intensidade de estimulação, para avanços contínuos, sempre sendo reavaliados em equipe, segundo protocolos de tratamento atualizados.

Assim como continuar a luta por melhores políticas públicas ao indivíduo com TEA e suas famílias, fornecendo atendimento especializado e com maior eficácia científica, principalmente nas áreas de saúde e educação, ainda tão esquecidos, apesar da Lei Berenice Piana (2012) e Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015). Estamos muito longe de apresentar boas condições de atendimento a essa população, principalmente às que passam por maiores dificuldades financeiras e de saúde. E um dos pontos importantes é disseminar a informação e participar de ações públicas, organizar movimentos para melhor: clareza e humanidade no atendimento as famílias; minimizar tempo de espera no atendimento; oferecer atendimento atualizado nos centros de saúde, dentre outros.

Todos os procedimentos clínicos de exames e intervenções auxiliaram no processo diagnóstico precoce do TEA e de outras intercorrências como a imunodeficiência de IGG.

A partir do fechamento diagnóstico precoce, seguido de estimulação com a linha de maior evidência científica para tratamento do TEA dentro da ABA, amplia-se o tempo de terapia, minimizando os comportamentos inadequados e promovendo ganho de habilidades cognitivas, motoras, acadêmicas e sociais.

No caso em questão, mesmo com perda de quase um ano, os resultados já mudaram, a família relata melhores condições físicas, emocionais e clínicas tanto para a criança como para a os mesmos, mas ainda temos um longo caminho para que todas as famílias que lidam com as adversidades dessa jornada tenham um atendimento adequado, com suporte completo em todos os âmbitos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. D. **Revisão sistemática e avaliação metodológica de intervenções analítico-comportamentais para enfraquecimento de estereotípias em indivíduos com autismo, publicadas nos últimos 15 anos.** São Paulo: 2014. 86 p. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: análise do comportamento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders FIFTH EDITION TEXT REVISION: DSM-5-TR.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.p. 132, 155 – 157.

ARAÚJO, L. A. de; LOUREIRO, A. A.; ALVES, A. M. G.; LOPES, A. M. C. da S.; BARROS, J. C. R.; CHAVES, I. F. da S., et al. **Manual de Orientação Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento – Transtorno do Espectro Autista.** nº 5, Abril de 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf>

ARAÚJO, B. C. L.; MARTINS-FILHO, P.C.M. **Evidências científicas sobre o autismo: o que sabemos até hoje?** In: CARDOSO, A.A.; NOGUEIRA, M. L. M. Atenção interdisciplinar ao Autismo. Belo Horizonte, MG: Ampla Editora, 2021, p. 53-54.

ARAÚJO, L. A de. **Diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo.** In: CARDOSO, A.A.; NOGUEIRA, M. L. M. Atenção interdisciplinar ao Autismo. Belo Horizonte, MG: Ampla Editora, 2021. p. 73 – 77.

ARAÚJO, L. A. de. **Diagnóstico precoce para o Transtorno do Espectro do Autismo é tema de novo documento do DC de Desenvolvimento e Comportamento.** Sociedade Brasileira de Pediatra. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/diagnostico-precoce-para-o-transtorno-do-espectro-do-autismo-e-tema-de-novo-documento-do-dc-de-desenvolvimento-e-comportamento/>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

BARBOSA, E. A.; FUKUSATO, P. C. S. **Manual Prático do Desenvolvimento Infantil.** 1. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020, p.7.

BARTOSZECK, A. B.; GROSSI, M. G. R. **A neurociência do autismo.** In: BORGES, A. A. P.; NOGUEIRA, M. L. M. (org.). O aluno com autismo na escola. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2018. p. 35-63.

BERTOQUE, L.A.D.P. **Linguagem, Neurociência e Cognição: ampliando os fundamentos para o planejamento de aulas de Língua Portuguesa.** Polifonia, Cuiabá-MT: v. 25, n.38.1, p. 193-388, maio-agosto. 2018. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/polifonia/issue/view/461>. Acesso em: 2 ago. 2022.

BOARATI, M. A.; PANTANO, T.; SCIVOLETTO, S. **Psiquiatria da infância e da adolescência Cuidado Multidisciplinar.** Barueri, SP: Editora Manole Ltda. 2016.

BORELLA, M. de P.; SACCHELLI, T. **Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade.** Revista Neurociências 2009;17(2): 161-9. Disponível em:<file:///C:/Users/CASA/Downloads/levi_heitor,+14.pdf>. Acesso em 05/08/2022.

BORGES, A. A.; NOGUEIRA, M. L. M. (Org.). **O aluno com autismo na escola. Toda criança pode aprender.** Belo Horizonte, MG: Mercado das Letras; p. 30, 57, 2018.

BORGES, A. A.; WERNER, A. **Em busca do tempo pedido: a reviravolta das mães.** In: BORGES, A. A.; NOGUEIRA, M. L. M. (Org.). O aluno com autismo na escola. Toda criança pode aprender. Belo Horizonte, MG: Mercado das Letras, p. 21, 2018.

CARAMORI, P.M.; MENDES, E.G.; PICHARILLO, A.D.M. **A formação inicial de professores de sala de recursos multifuncionais a partir do olhar dos professores atuantes.** Revista de Educação PUC-Campinas: v. 23, n.1, p. 124-141, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.24220/2318-0870v23n1a3770>>. Acesso em: 25 out. 2019.

CARDOSO, A. A.; NOGUEIRA, M.L.M. (Org). **Atenção Interdisciplinar ao Autismo.** Belo Horizonte, MG: Editora Ampla, 2021.

CARVALHO, N. O.; MALLUCELLI, E. R. S.; MENEZES, F. D. de. **O treinamento de pais na promoção de qualidade de vida e desenvolvimento frente ao TEA.** In: CARDOSO, A.A.; NOGUEIRA, M. L. M. Atenção interdisciplinar ao Autismo. Belo Horizonte, MG: Ampla Editora, p. 180, 2021.

CENTER OF DIASEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) e Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil - SBNI. **Act Early.** Aprenda os Sinais. Aja Cedo. 2019.

Center Developing on Child Harvard University. **Estresse e resiliência: como o estresse tóxico nos afeta e o que podemos fazer a respeito.** Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/resources/stress-and-resilience-how-toxic-stress-affects-us-and-what-we-can-do-about-it/#policy-practice>. Acesso em 03 de out. de 2022.

Center Developing on Child Harvard University. **O Stress Tóxico prejudica o desenvolvimento saudável.** Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/translation/o-stress-toxico-prejudica-o-desenvolvimento-saudavel-video/> Acesso em 03 de out. 2022.

Center Developing on Child Harvard University. **Arquitetura do Cérebro.** Disponível em: <<https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>>. Acesso em out. 2022.

Center Developing on Child Harvard University. **Saúde e aprendizado estão profundamente interligados no corpo: um guia de ação para formuladores de políticas.** Disponível em: <<https://developingchild.harvard.edu/resources/health-and-learning-are-deeply-interconnected-in-the-body-an-action-guide-for-policymakers/>> Acessado em 24 ago. 2022.

CONSENZA, Ramon M.; GUERRA, Leonor B. **Neurociência e Educação: como o cérebro aprende.** Porto Alegre-RS: Artmed, 2011.

CRUMP, C.; SUNDQUIST, J.; SUNDQUIST, K. **Preterm or early term birth and risk of autism**. *Pediatrics*. 148(3):e2020032300, 2021. doi: 10.1542/peds.2020-032300. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34380775/>>. Acesso em 3 ago. 2022.

CUNHA, G. R.; BORDINI, D.; CAETANO, S. C. C. **Autismo, transtornos do espectro do autismo**. In.: CAETANO, S. C.; LIMA-HERNANDES, M. C.; PAULA, F. V. de; RESENDE, B. D. MÓDOLO, M. *Autismo, linguagem e cognição*. Jundiaí-SP: Paco Editorial, p. 13-24, 2015.

DONOVAN, A.P.A.; BASSON, M.A. **The neuroanatomy of autismo: a developmental perspective**. *Journal of Anatomy*. 230(1): 4–15, 2017. doi: 10.1111/joa.12542. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192959/>>. Acesso em 3 ago. 2022.

DONVAN, J.; ZUCKER, C. **Outra Sintonia A história do autismo**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, p. 551-552, 2016.

DOUGLAS, C. R. **Tratado de Fisiologia Aplicada à Fonoaudiologia**. Robe Editorial: 2002.

FÁVERO, M. Â. B.; SANTOS, M. A. dos. **Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Universidade São Paulo, Ribeirão Preto. 2005. 18 (3). pp. 358 – 369. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/fgLcDdLJcTJK9YJjVHhYTbG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em ago. 2022.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. A. de. **Manual de Normatização de Publicações Técnico-Científicas**. Belo Horizonte, MG: 8ª ed. ed. UFMG. 2009.

HOLTROP, M.; NIEDZWIECKI, A. **Understanding Autism**. Dr. Ralh Health Foundation. 1. ed. The Netherlands: p. 5, 2021.

INSTITUTO VASCULAR. **Síndrome de May-Thunder**. Disponível em: <http://www.vascular.med.br/sindrome-de-may-thurner/#:~:text=Tamb%C3%A9m%20chamad,a%20de%20S%C3%ADndrome%20de,a%20contra%20a%20coluna%20lombas>. Acesso em 26/08/2022.

LOVAAS, O. I. **Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children**. *Jornal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 55, n. 1, p. 3-9, 1987.

MACÊDO, L. D. de S.; PURIFICAÇÃO, T. A.; SILVA, J. S. S. **MOVIMENTO E TÉCNICA: o fenômeno da aprendizagem e sua relação entre plasticidade neural e cultura**. *Poiesis Pedagógica*. v. 18 (2020): 77-90 p., Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/poiesis/article/view/62844/35120>>. Acesso em: 5 ago. 2022.

MORATO, Edwiges Maria (org.). **A Semiologia das afasias: perspectivas linguísticas**. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, M. L. M.; VIVANTI, G. **Transtorno do Espectro do Autismo: questões atuais sobre intervenção precoce**. In: CARDOSO, A. A.; NOGUEIRA, M.L.M. (Org). *Atenção Interdisciplinar ao Autismo*. Belo Horizonte, MG: Editora Ampla, 2021.

NUNES, C.; MADUREIRA, I. **Desenho Universal para a Aprendizagem: construindo práticas pedagógicas inclusivas, da Investigação às Práticas**. 5(2), p. 126-143, 2015. Disponível: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/inp/v5n2/v5n2a08.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

PAIVA JR., Francisco. **Prevalência de autismo nos EUA sobe 10%: agora é 1 para 54**. **Revista Autismo**. Publicado em: 26 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.canalautismo.com.br/noticia/prevalencia-de-autismo-nos-eua-sobe-10-agora-e-1-para-54/>>. Acesso em 2 ago. 2022.

PIMENTEL, K. C. do N.; BERTOQUE, L. A. D. P. **A importância dos estudos linguísticos no aperfeiçoamento do Google Tradutor: linguagem, neurociência e inteligência artificial**. 2022 (no prelo).

RANGEL, L. **Luto: Estamos Preparados para Morrer e para Lidar com a Morte?** <https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/sintomas-doencas-tratamentos/luto/04/08/2022>

RELVAS, M. P. (Org.). **Que cérebro e esse que chegou à escola? As bases neurocientíficas da aprendizagem**. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

RODRIGUES, D.; LIMA-RODRIGUES, L. **Formação de professores e inclusão: como se reformam os reformadores?** Curitiba: Educar em Revista, 2011. n. 41, p. 41-60. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-0602011000300004>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

ROSÁRIO, M. C.; SCATTOLIN, M. A. A. **Neurobiologia dos Transtornos do Espectro do Autismo**. In: TAMANAHA, A. C.; PERISSINOTO, J. **Transtornos do Espectro do Autismo: implementando estratégias para a comunicação**. Ribeirão Preto-SP: Booktoy, p. 35-36, 2019.

SANTOS, R. G. H.; CELERI, E. H. R. V. **Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares, no contexto da atenção à saúde**. Revista Paulista de Pediatria, p. 36; 82-90, 2018.

SILVA, S. B. da. **O autismo e as transformações na família**. Monografia Universidade do Vale do Itajaí 2009. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/scheila%20borges%20da%20silva.pdf>. Acesso em 3 ago. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Sancionada lei que obriga o SUS a adotar protocolos para avaliação psíquica de crianças e adolescentes**. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sancionada-lei-que-obriga-o-sus-a-adotar-protocolos-para-avaliacao-psiquica-de-criancas-e-adolescentes/>>. Acesso em 24 ago. 2022.

SUAVINHO, É.; NÁPOLIS, A. C. R. de.; SEGUNDO, G. R. S. **Investigação de imunodeficiências primárias em pacientes durante e após hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpp/a/pBHrynrdz9jnRZxQqpZfrKH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 ago. 2022.

TAMANAHA, A. C.; PERISSINOTO, J. **Avaliação de linguagem nos transtornos do espectro do autismo**. In.: CAETANO, S. C.; LIMA-HERNANDES, M. C.; PAULA, F. V. de;

RESENDE, B. D. MÓDOLO, M. Autismo, linguagem e cognição. Jundiaí-SP: Paco Editorial, p. 25-28, 2015.

TAMANAHA, A. C.; PERISSINOTO, J. **Transtornos do Espectro do Autismo: implementando estratégias para a comunicação**. Ribeirão Preto-SP: Booktoy, p. 35-36, 2019.

VOLKMAR, R. F.; WIESNER, L. A. **A Practical Guide To Autism – What Every Parent, Family Member, and Teacher Needs Know**. Second Edition, 2021.

ZELDOVICH, L. **Como a história esqueceu a mulher que definiu o autismo**. SCIENTIFIC AMERICAN. Spectrum. Política. 10/11/2018. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/article/how-history-forgot-the-woman-who-defined-autism/> Acesso em 03 out. 2022.

ZERBATO, A. P.; MENDES, E. G. **Desenho universal para a aprendizagem como estratégia de inclusão escolar**. Educação Unisinos 22(2):147- 155, abril-junho 2018. Unisinosdoi:10.4013/edu.2018.222.04. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/viewFile/edu.2018.222.04/60746207>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

APÊNDICE A – Ficha de anamnese aplicada

FICHA DE ANAMNESE

Dr.^a Beatrice L. C. Leal

Fonoaudióloga - CRFa 5 2403 - 6

Especialização em Psicopedagogia e Saúde Pública - FMB

Vice - coord. Projeto de Extensão Lance Sua Voz UFMT

Pesquisadora Associada da UFMT pelo Grupo de Estudos em Linguística Funcional do Araguaia (GELFA)

Identificação:

Nome:

D.N.:

Idade atual:

Estado civil:

Filiação: Pai:

Mãe:

Cônjuge: -----.

Profissão:

Endereço:

Telefone comercial:

Telefone residencial:

Escolaridade:

Indicação:

Data da anamnese:

Queixa:

Convênio: particular.

Informante:

Antecedentes Individuais:

1. QUEIXA (história pregressa da enfermidade atual)

a) Quando notaram o problema? Brusco ou progressivo? Quem detectou? Quais providências tomadas?

2. GESTAÇÃO

a) A gestação foi planejada/desejada (quanto tempo após o casamento)?

b) Fez pré-natal (a partir de que mês)? Fez USG e em que mês? Qual médico?

c) Alguma intercorrência (tirou radiografia / enjôo / fator RH/tombo/sentiu mexer/ condições psicológicas/trauma)?

d) Doenças? Qual e em que mês (rubéola, toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, herpes, garganta, trauma, pré-eclâmpsia, diabética, anemia, cardiopatia, hipertensão, estado emocional, uso de drogas, álcool ou cigarro, radiação)?

e) Tomou medicamentos? Quais? E em que mês?

f) Ocorrência de queda ou aborto (já fez voluntário)? Fumou ou bebeu (com que frequência)?

g) Duração da gestação?

3. PARTO (domiciliar/hospitalar)

a) Tipo (cesariana, normal, fórceps, circular de cordão)? E a anestesia (local, raquidiana, peridural ou geral)?

b) Duração (rápido ou normal, teve complicações)?

c) Condições de nascimento (chorou logo/ sopro cardíaco/ ficou muito tempo no berçário):

d) Nasceu a termo?

e) Apresentou icterícia/hipóxia? Necessidade de O2? Ficou na incubadora? Quanto?

f) Peso:???Comprimento:???

Perímetro cefálico/torácico: Apgar: 1' 5''

g) História clínica da criança (período de nascimento):

Apresentou algum tipo de problema (refluxo nasal, refluxo gastroesofágico, hiperbilirrubinemia, meningite, medicação ototóxica, síndrome)? Qual e por quem foi diagnosticado? Encaminhamento?

h) Quem é o pediatra que acompanha a criança?

4. ALIMENTAÇÃO

a) Amamentada (até quando/dificuldade para amamentar/ cansaço)? Teve boa sucção?

b) Usou sonda para se alimentar? Qual o tipo? Quanto tempo?

c) Mamadeira (até quando/ qual frequência):

d) Qual o tipo do bico? Furo aumentado? Como?

e) Qual posição da criança quando é alimentada?

f) Chupeta (até quando)? Tipo? Outros hábitos (roer unha)?

g) Engasgava-se? Refluxo nasal (com que frequência)?

h) Início da alimentação pastosa:

i) Início da alimentação sólida:

j) Alimenta-se sozinho ou com auxílio?

k) Mastigação eficiente? Alguma dificuldade na alimentação em geral (seio, mamadeira, copo, colher, canudo)?

l) Qual o tipo de alimentação atual? O que mais gosta de comer? Come de tudo?

5. SONO

a) Como é o sono da criança? Dorme bem? Dorme com alguém? Em média quantas horas por dia? Fica agitado?

b) Dorme de boca aberta? Baba no travesseiro? Ronca? Possui algum hábito para dormir? Enurese noturna?

6. HISTÓRICA MÉDICA

a) Qual doença já apresentou (doenças respiratórias - bronquite, asma, rinite – anemia, raquitismo, sarampo, caxumba, catapora, meningite, amigdalite, anemia, pneumonia,

rouquidão, obstipação intestinal, otite, rubéola, alergia, desidratação, verminose)? Com que idade?

- b) Convulsão?
- c) Tomou ou toma algum medicamento? Qual? Há quanto tempo?
- d) Já sofreu alguma cirurgia (válvula)? Quando? Teve que colocar gesso?
- e) Tratamentos com especialistas (Neuro, psicólogo e/ou outros)? Exames realizados (TC, EEG, RM)? Qual o resultado?
- f) Tem boa capacidade auditiva e visual? Tem boa saúde?

7. DESENVOLVIMENTO MOTOR (com que idade)

- a) Sustentou a cabeça:
- b) Sentou-se com apoio:
- c) Engatinhou:
- d) Andou sozinho:
- e) Alguma dificuldade motora (boa habilidade motora):
- f) Tem controle de esfíncteres? Desde que idade?
- g) Necessita de algum aparelho para se locomover? Qual e desde quando?

8. DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM

- a) Balbucio:
- b) 1^{as} palavras:
- c) 1^{as} frases:
- d) Compreende ordens?
- e) Linguagem é entendida por todos? Como se comunica (oral, gesto, mímica)?
- f) Como a família se faz entender pela criança? Como a criança reage se não é entendida? Como a família reage quando não compreende o que a criança quer?

9. DESENVOLVIMENTO SÓCIO-CULTURAL E ESCOLAR

- a) É sociável? E seu temperamento?
- b) Como é o comportamento da criança em casa? E com outras pessoas?
- c) Frequenta escola? Desde quando? Qual escola? Que ano? Alguma repetência? Professora?

- d) Tem dificuldade na escola? Problemas de socialização?
- e) Pratica algum esporte e/ou atividade física?
- f) É dependente para alguma AVD?

10.HISTÓRICO FAMILIAR

- a) Antecedentes familiares:
- b) Situação socioeconômica:

Obs. (impressão sobre anamnese e informante):