



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**TAMIRES BONFIM DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E DA INTERVENÇÃO PRECOCE NO  
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

**Miracema do Tocantins, TO  
2022**

**Tamires Bonfim da Silva**

**A importância do Diagnóstico e da Intervenção Precoce no Transtorno do  
Espectro Autista**

Monografia apresenta à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof. (a) Dra. Sarug Dagir Ribeiro.

Miracema do Tocantins, TO

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

S586i Silva, Tamires Bonfim da.  
A importância do diagnóstico e da intervenção precoce no transtorno do espectro autista. / Tamires Bonfim da Silva. – Miracema, TO, 2022.  
49 f.  
Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2022.  
Orientadora : Sarug Dagir Ribeiro  
1. Transtorno do espectro autista (TEA). 2. Diagnóstico precoce.  
3. Intervenção precoce. 4. Transtornos mentais. I. Título

**CDD 150**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

TAMIRES BONFIM DA SILVA

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E DA INTERVENÇÃO PRECOCE NO  
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Monografia apresentada à UFT- Universidade Federal do Tocantins- Campus universitário de Miracema, curso de Psicologia, foi avaliada para obtenção do título de Bacharelado em Psicologia e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data da aprovação: 08/12/2022

Banca examinadora:

---

Prof. (a) Dr. (a) Sarug Dagir Ribeiro, Orientadora, UFT.

---

Prof. Dr. Adriano Junio Moreira de Souza, Examinador, UFT.

---

Prof. (a) Dr. (a) Sara Edith Souza de Assis Leão, Examinadora, UFMG.

## RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um dos Transtornos do neurodesenvolvimento descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e apresenta em sua sintomatologia o comprometimento e déficits persistentes na comunicação, na interação social e na aprendizagem de comportamentos. Tais comprometimentos podem ser identificados logo nos primeiros meses de vida do bebê através do reconhecimento dos sinais precoces do TEA. Compreendendo que os sinais do TEA são observados logo no início da vida da criança, a presente pesquisa objetivou fazer um levantamento de bibliografias que abordam sobre a importância do diagnóstico e intervenção precoce do TEA. Esta pesquisa trata-se de um trabalho teórico ilustrado, ou seja, está voltada para a reflexão de um tema e que para isso utiliza-se de um ou mais casos clínicos práticos que possuem a finalidade de ilustração. Ademais, através de dois casos de relatos clínicos publicados, o trabalho elucida sobre a importância do diagnóstico e intervenção precoce para crianças que são diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista. Nossos resultados apontam que ter um diagnóstico precoce e intervenção a longo prazo resulta num melhor desenvolvimento da criança em relação às habilidades que são comprometidas pelo distúrbio.

**Palavras chaves:** Transtorno do espectro autista. Diagnóstico precoce. Intervenção precoce.

## **ABSTRACT**

Autism Spectrum Disorder (ASD) is one of the neurodevelopmental disorders described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and presents in its symptomatology the impairment and persistent deficits in communication, social interaction and learning behaviors. Such commitments can be identified in the first months of the baby's life by recognizing the early signs of ASD. Understanding that the signs of ASD are observed right at the beginning of the child's life, this research aimed to survey the bibliographies that address the importance of diagnosis and early intervention of ASD. This research is an illustrated theoretical work, that is, it is focused on the reflection of a theme and for that it uses one or more practical clinical cases that have the purpose of illustration. In addition, through two cases of published clinical reports, the work elucidates the importance of early diagnosis and intervention for children who are diagnosed with Autistic Spectrum Disorder. Our results indicate that having an early diagnosis and long-term intervention results in a better development of the child in relation to the skills that are compromised by the disorder.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder. Early Diagnosis. Early Intervention.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	PROBLEMA DE PESQUISA.....	09
3	OBJETIVOS.....	11
3.1	Geral.....	11
3.2	Específicos.....	11
4	JUSTIFICATIVA.....	12
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
6	METODOLOGIA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES (casos clínicos) .....	35
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	39
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICE A: CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	49

## 1 INTRODUÇÃO

No Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5) na seção classificada como 'transtornos do neurodesenvolvimento' encontra-se o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O TEA é um transtorno caracterizado pelo comprometimento e déficits persistentes na comunicação, na interação social e na aprendizagem de comportamentos. Seu início é precoce e pode ser identificado logo nos primeiros anos de vida da criança. Sua sintomatologia varia de cada caso, ou seja, o transtorno apresenta uma variedade na intensidade e na forma das expressões dos sintomas (APA, 2014). O transtorno do Espectro Autista é uma condição ao qual não há cura, a pessoa precisará viver com ela ao longo de toda a sua vida. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014) o TEA possui três níveis de gravidade e severidade: nível 1- exigindo apoio, nível 2- exigindo apoio substancial e, nível 3- exigindo apoio muito substancial. Portanto, o nível de gravidade é bastante variável, o que pode causar desde um profundo comprometimento destas habilidades (comunicação, na interação social e na aprendizagem de comportamentos) e/ou impactos bem mais sutis.

Em relação a sua etiologia, a princípio, assim que se começaram as investigações a respeito do que se tratava o transtorno e de sua sintomatologia, os pesquisadores da época que em sua grande maioria eram médicos e psicanalistas, associaram as causas do autismo à falta de afeto e troca de amor entre a mãe e o bebê, ou seja, culpabilizavam as mães por não terem sido mães 'boas' o suficiente e que, portanto, a criança passava a desenvolver o transtorno (Evêncio e Fernandes, 2019; Lopes, 2020). Essas mães passaram então a serem conhecidas e julgadas como 'mães geladeiras'. Com os avanços das pesquisas, tal fato foi desassociado com a falta de afeto das mães para com seus bebês. Atualmente, ainda não há uma causa determinante para o transtorno do espectro autista. Sua etiologia é considerada multifatorial (Lederman, Negrão & Schwartzman, 2018; Silva & Mulick 2009) podendo estar associada a causas genéticas, componentes ambientais e/ou disfunção do sistema nervoso central.

Posto isso, nos é apresentado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) que o Transtorno do Espectro Autista frequentemente apresenta comorbidade com o Transtorno Intelectual e Transtorno Estrutural da Linguagem e que ambos os diagnósticos podem ser associados (APA, 2014). Além disso, quadros como o da Síndrome de Rett, mutismo seletivo, Transtornos da



Linguagem e Transtorno da Comunicação Social (Pragmática), Transtorno do Movimento Estereotipado, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Esquizofrenia apresentam em seus quadros sintomatológicos características que podem se assemelhar com as do TEA. Portanto, para diferenciar um transtorno do outro ou até mesmo uma comorbidade entre eles é necessário a realização de um diagnóstico diferencial (APA, 2014). O diagnóstico diferencial é a base das tarefas dos clínicos, como destaca First (2015). O autor em sua obra relata através de seis passos como é realizado o diagnóstico diferencial que consiste em identificar e diferenciar através do que o paciente traz como queixa, verificar qual transtorno que mais se adequa com a sintomatologia e o quadro de saúde do paciente.

Ademais, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista é precisamente clínico, baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5 e nas observações diretas do comportamento do paciente e de entrevistas e relatos de pais ou responsáveis pela criança (Steffen, Paula, Martins e Lopéz, 2019). Além disso, o DSM-5 (APA, 2014) nos diz que instrumentos padronizados do comportamento que possuem boas propriedades psicométricas podem ajudar na confiabilidade do diagnóstico.

Dito isso, dentro do diagnóstico de TEA tem-se aquele que é conhecido como diagnóstico precoce que é caracterizado pelo diagnóstico feito até os 36 meses de vida da criança, ou seja, até os três anos de idade. Reconhecendo que o diagnóstico é clínico e que, portanto, não há nenhum exame laboratorial que possa detectar o TEA no DNA da criança, o diagnóstico fica de total responsabilidade do profissional de saúde que está na linha de frente do reconhecimento do TEA (médicos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogo e etc.). Esses possuem a sensatez de detectar o transtorno através da identificação dos sinais precoces do autismo (Steffen, Paula, Martins e Lopéz, 2019), e que porventura possam estar presente na vida da criança desde o seu nascimento

Destarte, o que tem se observado é que nos últimos tempos a ocorrência de novos casos de autismo tem crescido em vários países. No Brasil uma a cada 160 crianças possui o diagnóstico de TEA (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). Na Europa, Estados Unidos e Japão, há um aumento de 0,6% a 1,0% nas taxas de prevalência de TEA na população (Carvalho, Teixeira, Brunoni, Strauss & Paula, 2014). Autores como Malheiros, Pereira, Mansur, Mansur e Nunes (2017), associam essa grande incidência e descoberta de novos casos de autismo devido a uma maior

comunicação na mídia do que se trata o transtorno, ou seja, as pessoas falam mais sobre a sintomatologia e sobre o diagnóstico.

Portanto, compreende-se que quanto mais se fala e se pesquisa sobre o transtorno, maiores são as informações acerca do mesmo, tanto para profissionais da saúde como para os pais e familiares que frequentemente são os primeiros a observar os sintomas do TEA. Conseqüentemente quanto mais se discute sobre o transtorno e sobre sua sintomatologia, maiores são as chances de se obter um diagnóstico precoce e com isso maiores serão as chances da criança ter um desenvolvimento melhor nas habilidades que estão comprometidas pelo distúrbio a partir das intervenções precoces e de longo prazo.

Dito posto, baseando-se no que foi dito acima e indo ao encontro com a teoria de autores já citados, a presente pesquisa através de buscas em referências bibliográficas atuais como livros e sites confiáveis como o Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, PsycINFO, Latin American and Caribbean Health Science Literature (Lilacs) e PEPSI que se demoram no tema do Transtorno do Espectro Autista e utilizando-se de dois casos clínicos, explana sobre a importância que se tem o diagnóstico e intervenção precoce para o desenvolvimento das crianças que são diagnosticadas precocemente com o distúrbio.

A hipótese de pesquisa deste Trabalho de Conclusão de Curso vai ao encontro de achados de pesquisas recentes que dizem que quanto antes se diagnosticar o Transtorno do Espectro Autista nas crianças e o quanto mais cedo se iniciar os tratamentos adequados com essas crianças, maior será os resultados benéficos em seus desenvolvimentos físicos, emocional, social e intelectual. Ou seja, acredita-se que quanto mais precoce se descobre e se inicia o tratamento do TEA, melhores serão desenvolvidas as habilidades que estão comprometidas pelo distúrbio.

## 2 PROBLEMA DE PESQUISA

As diretrizes de orientações deste Trabalho de Conclusão de Curso são as seguintes perguntas:

- Quais são as formas de diagnóstico e tratamento precoces para o Transtorno do Espectro Autista?
- Quais os benefícios de um diagnóstico e tratamento precoce de TEA?

Levando em consideração dados relevantes que comprovam que o Transtorno do Espectro Autista está tendo um aumento no número de casos diagnosticados (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017; Carvalho, Teixeira, Brunoni, Strauss & Paula, 2014) ver-se a relevância em pesquisar sobre o presente tema pois além de ser algo bastante importante, é um tema atual e que necessita de mais estudos na área.

Dito isto, vale destacar que a atual pesquisa tem por finalidade descrever sobre a importância do diagnóstico e das intervenções precoces no Transtorno do Espectro Autista. Tal estudo se mostra importante pois pesquisas como a de Steffen, Paula, Martins e Lopéz (2019) apontam que quanto mais cedo se diagnostica e se inicia o tratamento, maiores serão os resultados encontrados pois os sintomas ainda não estão totalmente consolidados e também por ser uma fase da vida em que a criança se encontra numa grande plasticidade neural (Silos, Rezende, Marinho, Melo, Resende, Lenza, Silva & Reis, 2020). Portanto, o objetivo principal é de falar da importância de se iniciar precocemente o tratamento, e não o de rotular e estigmatizar essas crianças que recebem o diagnóstico nessa fase da vida.

Ademais, o presente trabalho buscará encontrar em revistas, livros e sites confiáveis sobre como é feito o diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista, descrever sobre os principais instrumentos que são utilizados no rastreamento dos sintomas precoces e como esses instrumentos funcionam. Além disso, o presente trabalho buscará descrever algumas das principais formas de tratamento que são utilizadas nas intervenções precoces do TEA pelos profissionais da psicologia. Ao final, após descrever como se dá o diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista e as suas formas de tratamento, através de pesquisas em estudos já realizados no tema, será ressaltado quais os benefícios que tem o diagnóstico e tratamento precoce de TEA. Ou seja, o outro problema da pesquisa é demonstrar

quais os benefícios e vantagens na vida da criança que é diagnosticada precocemente.

### 3 OBJETIVOS

#### a) Geral

- Identificar quais os benefícios para o desenvolvimento da criança ao obter-se um diagnóstico e um tratamento precoce do Transtorno do Espectro Autista.

#### b) Específicos

- Definir o que é o Transtorno do Espectro Autista e sua sintomatologia de acordo com o DSM 5;
- Elucidar o diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista.
- Enumerar algumas formas de tratamento precoce para o Transtorno do Espectro Autista utilizadas por psicólogos;
- Exemplificar através de dois casos clínicos publicados a eficácia do tratamento adequado em crianças com diagnóstico precoce de TEA.

## 4 JUSTIFICATIVA

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que apresenta prejuízos na interação social e na comunicação, possui padrões de comportamentos e interesses repetitivos e estereotipados. O mesmo tem seus primeiros sintomas precocemente, ou seja, já nos primeiros anos de vida, sendo que se apresentam em graus diferentes de intensidade e gravidade que se configuram no espectro.

Dito isso, tal pesquisa está fundamentada na relevância e contribuição que de importantes pesquisas sobre o tema, pois sabe-se que crianças que são diagnosticadas precocemente com o Transtorno do Espectro Autista e tratadas adequadamente com intervenções a longo prazo podem apresentar uma melhor evolução (Malheiros, Pereira, Mansur, Mansur & Nunes, 2017). Portanto, verifica-se a necessidade e importância de tal estudo devido a esse grande aumento que se tem dos números de casos de crianças com diagnóstico de TEA, e para além do diagnóstico, a relevância também que se tem do tratamento adequado para essas crianças.

Além disso, o interesse por estudar a temática do Transtorno do Espectro Autista surgiu logo no início da Graduação em Psicologia juntamente com a construção e publicação em revista do artigo 'Crianças com disforia de gênero e transtorno do espectro autista: o despreparo dos profissionais da psicologia' (Lira, Silva, Silva & Ribeiro, 2021), em que pude observar que infelizmente, há ainda um grande despreparo não somente de profissionais da psicologia, mas também de outros profissionais da saúde em saber reconhecer a sintomatologia do TEA. Neste artigo concluímos que muitas das vezes esses sintomas do TEA são passados despercebidos por esses profissionais, o que torna essa pesquisa de TCC ainda mais relevante.

Dito isto, o trabalho citado acima, assim como a atual pesquisa de TCC foram orientados pela professora Dra. Sarug Dagir Ribeiro, sendo assim, a mesma foi uma das pessoas que me despertou tal interesse no tema. É de fundamental importância destacar também que logo após o despertar pelo interesse no tema do TEA durante a Graduação, realizei uma experiência profissional em uma Clínica Multidisciplinar localizada na cidade de Palmas-TO, na qual trabalhei com crianças com o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista com idades entre um ano e oito meses e quatro

anos, desenvolvendo atividades terapêuticas e de tratamento com uso de brinquedos. Tal experiência me possibilitou um contato direto com o tema da intervenção precoce em crianças com TEA.

Destarte, foi a partir dessa experiência profissional que pude me aprofundar em buscas de literaturas que tratam do diagnóstico e intervenção precoce no Transtorno do Espectro Autista. Ademais, o tema da atual pesquisa é algo bem presente tanto na minha formação acadêmica quanto na minha formação pessoal uma vez que tenho contato frequente com pessoas que possuem o diagnóstico de TEA.

Por fim, pesquisar sobre o Transtorno do Espectro Autista é de fundamental importância visto que os aumentos de casos são consideravelmente altos. Além disso, é um tema bastante atual e pesquisas nessa área podem ajudar bastante os profissionais no diagnóstico e tratamento precoce do TEA e também melhor orientar os pais.

## 5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um dos transtornos do neurodesenvolvimento descritos no Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5) e é caracterizado pelo comprometimento e déficits persistentes na comunicação, na interação social e na aprendizagem de comportamentos. O mesmo possui início precoce e apresenta uma variedade na intensidade e na forma das expressões dos sintomas (APA, 2014). De acordo com o DSM-5 (APA, 2014) o Transtorno do Espectro Autista possui três níveis de gravidade e severidade: nível 1– exigindo apoio, nível 2- exigindo apoio substancial e, nível 3- exigindo apoio muito substancial. Esses níveis podem ser utilizados para descrever a sintomatologia atual do TEA de cada indivíduo, mas reconhece-se que a gravidade pode variar de acordo com o contexto ou oscilar com o decorrer do tempo. Conforme o nível de gravidade aumenta, maiores podem ser os déficits na comunicação social e nos comportamentos restritivos e repetitivos.

Cabe destacar que a presente pesquisa tem como fundamentação teórica o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014) e também apresenta como base linhas de pesquisas neurocognitivas e neurobiológicas que buscam trazer explicações e definições sobre o Transtorno do Espectro Autista, seu diagnóstico e tratamento precoce.

Aprofundando na história do Transtorno do Espectro Autista, Evêncio e Fernandes (2019) detalham sobre como houve o descobrimento do autismo, de como foi diagnosticado o primeiro caso. De acordo com autores, os primeiros estudos investigativos que se têm do autismo encontram-se a partir de meados do século XX, mais precisamente a partir de 1943 com a publicação do artigo '*Autistic Disturbances of Affective Contact*' (Distúrbio Autista do Contato Afetivo) de Leo Kanner. Os autores destacam que tal artigo foi obtido a partir de uma investigação que durou quatro anos do caso de Donald Triplett, um menino que a partir de dois anos de idade passou a sofrer algumas regressões em seu desenvolvimento.

Evêncio e Fernandes (2019) relatam que na época em que houve a investigação do caso de Donald T. por Kanner, as crianças que eram tidas como 'anormais' deveriam ser 'descartadas' pelos seus pais pois eram vistas como aberrações. Os pais que decidiam continuar com suas crianças eram aconselhados pelos médicos a institucionalizarem as mesmas, ou seja, interná-las em hospitais e



asilos. A família de Donald após várias das internações de seu filho obteve conhecimento de um psiquiatra famoso ao qual investigava a infância: Dr. Kanner. O psiquiatra Dr. Kanner investigando o caso de Donald notou que a criança apresentava algumas peculiaridades como isolamento social e interesse em si. Após alguns testes, Dr. Kanner concluiu que o desenvolvimento da criança era potencial e que tinha possibilidades de alcançar melhoras, mas que o seu diagnóstico não se encaixava em nenhum rótulo-padrão conhecido e que, portanto, faria mais investigação com outras crianças que apresentavam sintomatologia parecida.

Assim, através da investigação de mais outras crianças, o psiquiatra constatou que o que caracterizava essas crianças era a incapacidade de se relacionar com outras pessoas e peculiaridade na linguagem, e que tais fatores eram observados na primeira infância. Tais investigações levaram o Dr. Kanner a denominar o quadro de 'Distúrbio Autista de Cunho Afetivo' (Evêncio & Fernandes, 2019). A partir de então as investigações a respeito de sua etiologia iniciavam-se.

Nos primeiros estudos sobre a etiologia do autismo entre as décadas de 1940 a 1960 predominou-se teorias de base psicanalistas na explicação do fenômeno. Tais teorias defendiam que o autismo era uma perturbação afetiva cujo desencadeamento estava no mau relacionamento entre mãe e bebês. Tais teorias passaram a culpabilizar as mães por terem filhos com a síndrome, as quais passaram a ser caracterizadas como 'más', 'frias', 'pouco amorosas' ou simplesmente como 'mãe geladeira' (Lopes, 2020; Lopes 2021; Donvan & Zucker, 2016).

Foi em 1949 com a publicação de outro artigo do Dr. Kanner que surgiu o termo 'mãe geladeira' no qual o psiquiatra levantava a hipótese entre autismo e culpa materna (Lopes, 2020). Baseando-se nessa hipótese, o psicanalista Bruno Bettelheim propagou ainda mais tal discurso e, com o estudo de três casos, (Bettelheim citado por Lopes, 2020) defendeu a tese de que o autismo era decorrente de uma patologia de ordem emocional em que a criança não se sentia amparada ou amada por aqueles com a qual convivia, mais especificamente as mães.

Dito isto, a partir de então, mães e pais de crianças autistas foram peças fundamentais para o questionamento das explicações psicogênicas que antes eram dadas ao autismo. Foram através de relatos, fornecimento de dados, elaboração de trabalhos acadêmicos, entre outras formas, que esses pais contribuíram para o avanço das pesquisas na área do autismo em relação a sua etiologia. Lopes (2020) vem dizer que um dos principais pais e ativista desse movimento que buscava

encontrar as causas do autismo foi o Sr. Bernard Rimland, psicólogo e pai de uma menina com o transtorno, que através de sua investigação afirmou que a base do autismo não era emocional e sim orgânica. Como destaca a autora em relação a esse momento:

É nesse momento que mães e pais de autistas – seja individualmente ou por meio das associações – usaram a mídia, principalmente a imprensa, para publicizar suas experiências e percepções acerca do autismo e cobrar do Estado políticas públicas voltadas a esse público, sendo os principais elementos de suas reivindicações: a capacitação dos profissionais, principalmente os médicos, sobre o assunto – uma vez que eram raríssimos os que conheciam o tema; e a crítica à ausência de instituições capacitadas no atendimento das demandas desse público e ao preconceito vivenciado pelos autistas e por seus familiares (LOPES, 2020, p. 514).

Foi a partir de então que surgiram movimentos e criações de associações em prol da causa autista<sup>1</sup>, o que fez com que as pesquisas na área aumentassem, o que por fim, resultou em descobertas sobre sua etiologia, as quais não culpabilizavam mais as mães dessas crianças. Tais descobertas e pesquisas serão faladas mais à frente no presente trabalho quando o tema da etiologia do autismo for abordado.

Ademais, ver-se a necessidade de trazer o conceito e características do que se trata o Transtorno do Espectro Autista de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), que na seção de Transtornos do Neurodesenvolvimento apresenta os principais critérios diagnósticos:

Critérios A: Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social (anormalidade no contato visual, déficits na compreensão e uso de gestos e ausência total de expressões faciais). Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesses por pares) [...]. Critérios B: Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Movimentos motores, uso de objeto de falas estereotipadas e repetitivas (ecolalia, alinhar brinquedos e objetos). Insistências nas mesmas coisas, adesão e inflexível a rotinas. Hiper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse em comum por aspectos sensoriais do ambiente [...]. Critérios C: Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento [...]. Critérios D: Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. Critérios E: Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos (p. 50-51).

---

<sup>1</sup> Exemplo de associação existente: AMA. Associação Mão Amiga: Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas. Disponível em: <https://www.maoamiga.org/m%C3%A3o-amiga>

Adentrando na história da criação do DSM, descobrimos que foi no ano de 1952 que houve a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), nesta edição o autismo aparece como um sintoma de 'reação esquizofrênica, tipo infantil'. Na sua segunda versão em 1982 (DSM-II), o termo 'reação' foi eliminado e o então diagnóstico passou a ser nomeado de 'esquizofrenia tipo infantil', essa categoria no segundo DSM estava relativamente próxima à reação Esquizofrênica do DSM-I. Na terceira edição, o DSM-III, pela primeira vez o autismo aparece como entidade nosográfica própria. É nessa versão que é então criada a classe diagnóstica Transtornos Globais do Desenvolvimento. No DSM-IV, o autismo se manteve como referência para as novas classificações, ou seja, permaneceu com a mesma classificação do DSM-III e os Transtornos Globais do Desenvolvimento foram divididos em subtipos: Transtorno de Rett; Transtorno Desintegrativo da Infância; e Transtorno de Asperger (Matson & Goldin, 2013).

Outrossim, em sua última versão publicada e revisada na versão em português<sup>2</sup>, o DSM-5, trouxe consigo algumas mudanças no critério diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. Essas mudanças encontram-se nos subtipos dos TGDs (Transtornos Globais do Desenvolvimento), os indivíduos que antes possuíam o diagnóstico bem estabelecido de Transtorno Autista e Transtorno de Asperger ou Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, agora devem receber o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, ou seja, houve um englobamento desses transtornos para que se concentrasse todos dentro de um somente: o Transtorno do Espectro Autista. Chama-nos também a atenção no DSM-5 os especificadores que acompanham o diagnóstico, são eles: com ou sem comprometimento intelectual concomitante, com ou sem comprometimento da linguagem concomitante, associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental, associada a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental, e por fim, catatonia.

Dito posto, em relação às suas causas, vemos que ainda não há algo determinante, portanto, a etiologia do TEA pode ser considerada multifatorial, alguns especialistas dizem ser decorrente de componentes genéticos ao lado de componentes ambientes (Lederman, Negrão & Schwartzman, 2018) outros dizem ser

---

<sup>2</sup> Destaca-se que já houve uma outra versão publicada, mas que não se encontra traduzida para o português e que, por tanto, não será utilizada na atual pesquisa.

decorrentes de disfunções do sistema nervoso central (Silva & Mulick 2009), o que se sabe atualmente é que a etiologia do autismo ainda é desconhecida.

Segundo Lederman, Negrão e Schwartzman (2018) considera-se de maior risco para apresentar TEA indivíduos com vulnerabilidade genética expostos a agente estressor externo em período crítico do desenvolvimento. Entre os fatores de risco para componentes genéticos destacam-se: familiar de primeiro grau com TEA, idade dos pais maior que 40 anos e também a presença de defeitos congênitos (Freitag, 2007; APA, 2014). Alguns fatores ambientais também são considerados de risco, como por exemplo o uso de drogas durante a gravidez, infecções maternas, prematuridade, baixo peso ao nascer e exposição a ácido valpróico (Lederman, Negrão & Schwartzman, 2018; APA, 2014). Em relação a sua prevalência, o que se sabe é que o distúrbio é diagnosticado quatro vezes mais no sexo masculino do que no sexo feminino, ou seja, a cada cinco crianças com TEA quatro são meninos (APA, 2014).

Pesquisando sobre os motivos da prevalência do Transtorno do Espectro Autista ser diagnóstico mais vezes no sexo masculino, encontram-se autores como Ontiveros e Heredia (2019) que através de pesquisas e dados sobre a prevalência do TEA, destacam que (provavelmente) os parâmetros não sejam tão grandes em relação a prevalência no sexo masculino do que no sexo feminino. As autoras julgam na verdade ter uma subnotificação de casos de TEA em meninas pois profissionais que são capacitados para detectar sinais do TEA como professores e médicos julgam alguns sintomas do distúrbio como comportamentos esperados para meninas como por exemplo a falta de interesse social, alegando serem apenas meninas “calmas e comportadas” (p. 3). Como as autoras destacam:

Uma dificuldade enfrentada pelos pesquisadores é que meninas com autismo parecem se comportar de maneiras consideradas "adequadas" - se não ideais - para elas em comparação com meninos: podem parecer ser passivas, retraídas, dependentes dos outros, não envolvidas nas situações que vivenciam ou mesmo deprimidas (ONTIVEROS; HEREDIA; 2019, p. 3).

Portanto, as autoras levantam a hipótese de que possivelmente haja a mesma quantidade de casos em ambos os sexos ou que a diferença seja relativamente menor das que são notificadas, pois como mostra as pesquisas que realizaram, diagnosticar mulheres com autismo é menos comum pois é mais aceitável tais comportamentos em meninas. Nesse mesmo trabalho, elas trazem relatos de mulheres que só foram

diagnosticadas depois de adultas e que passaram a vida toda sem entender por que eram diferentes, algumas sofreram em seu ambiente escolar por não conseguir agir como as outras crianças.

Concomitante a isso, Viana (2022), em sua pesquisa de trabalho de conclusão de residência, faz um levantamento bibliográfico em busca de encontrar respostas que possam justificar a prevalência do TEA em maior número no sexo masculino e chega à conclusão que isso deve-se por três fatores: primeiro que há uma camuflagem das dificuldades sociais em meninas, segundo que profissionais da área (médicos, psicólogos, professores e etc.) perpetuam estereótipos de gêneros onde as características do TEA passam a ser aceitáveis em meninas por ser culturalmente dito que meninas devem ser mais calmas, reservadas e tímidas e, por último, que há falta de testes que possam diagnosticar essas meninas que possuem essa camuflagem dos sintomas.

Dito isso, podemos compreender que embora seja discrepante o número de diagnósticos no sexo masculino do que os no sexo feminino, há a possibilidade de tais dados não mostrarem a realidade atual. Como dito, o diagnóstico em meninas se torna mais difícil pois socialmente é esperado que meninas sejam mais calmas e reservadas, então quando se nota uma menina com dificuldade na interação social, falta de interesse em outras pessoas, é normalizado como sendo características femininas e não se leva em consideração que pode haver um transtorno do desenvolvimento presente nessas meninas (Viana, 2022). Tal fato é algo bastante interessante e que necessita de mais pesquisas e estudos na área, mas não haverá um aprofundamento nesta pesquisa.

No DSM-5 (APA, 2014) nos é apresentado que é muito comum haver uma comorbidade entre o Transtorno do Espectro Autista e a Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) e, portanto, se torna difícil diferenciar a deficiência intelectual do Transtorno do Espectro Autista nos casos em que a deficiência intelectual vem acompanhada de comportamentos repetitivos e déficits nas habilidades linguísticas ou simbólicas. Ainda no mesmo manual, nos é dito que há outros transtornos que também apresentam semelhanças na sintomatologia com o TEA, são eles: Síndrome de Rett, Mutismo Seletivo, Transtornos da Linguagem e Transtorno da Comunicação Social (Pragmática), Transtorno do Movimento Estereotipado, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Esquizofrenia (APA, 2014).

Pesquisando sobre as comorbidades que podem estar presentes no Transtorno do Espectro Autista, Matson e Goldin (2013) através de uma revisão sistemática sobre o tema, na qual ao final foram analisados 449 artigos, constataram que dentre os estudos examinados, as comorbidades mais encontradas foram Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Deficiência intelectual, comportamento infrator, ansiedade, epilepsia e distúrbio do sono. Os autores destacam também que em alguns artigos a deficiência auditiva também foi encontrada. Dentre as comorbidades a que mais apareceu nos artigos foi a Deficiência Intelectual, ou seja, muitas das pessoas as quais possuem o diagnóstico de autismo, também possuem o diagnóstico de deficiência intelectual.

Dovgan e Mazurek (2019) através de um estudo de caso realizado com 3.055 crianças analisou condições comórbidas em crianças com TEA, dentre as encontradas, destacam-se: TDAH, depressão e ansiedade. Os autores concluíram que a prevalência de comorbidade psiquiátrica que há nessas crianças pode variar entre 27% e 95% dos casos, ou seja, na grande parte dos números de crianças que possuem TEA carregam consigo algum outro transtorno comórbido.

Ademais, Ribeiro (2015) em sua dissertação de mestrado que tratava do assunto das comorbidades presentes no TEA, afirma que 70% das pessoas que possuem o Transtorno do Espectro Autista podem ter alguma comorbidade, e dentre esses, cerca de 40% podem ter duas ou mais comorbidades. Nessa pesquisa, o autor destaca as principais comorbidades encontradas nos artigos examinados em sua pesquisa de mestrado, são elas: Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), apontando que cerca de 45% dos casos apresentam essa comorbidade, a ansiedade, encontrada em cerca de 42-56% dos indivíduos com TEA, a depressão podendo ser encontrada em 12% dos indivíduos com o transtorno, o transtorno obsessivo compulsivo que é recorrente em cerca de 7% dos casos, e outras comorbidades menos recorrentes como a personalidade paranoide, personalidade esquizóide, personalidade borderline, perturbação do sono e deficiência auditiva (Ribeiro, 2015). Portanto, o que se percebe através desses estudos publicados é que há um alto número de casos comórbidos de TEA e outros diagnósticos, com destaque para a Deficiência Intelectual, depressão e ansiedade.

Destarte, é reconhecido que muitos dos transtornos presente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) podem apresentar semelhanças em suas sintomatologias, ou em muitos dos casos, terem comorbidade.

O DSM-5 destaca sobre a importância de um diagnóstico diferencial preciso em todos os transtornos presentes no manual para assim ter-se um diagnóstico preciso (APA, 2014). Levando isso de encontro com o atual tema de pesquisa torna-se necessário discorrer também de como se realiza um diagnóstico diferencial, pois, para se ter um diagnóstico precoce e preciso do Transtorno do Espectro Autista, frequentemente haverá de se descartar a hipótese de outro transtorno.

De acordo com First (2015), é papel do clínico saber distinguir qual o diagnóstico de determinado paciente, para isso, se baseará nos critérios do DSM 5 (APA, 2014), em seu histórico familiar e clínico, juntamente com a queixa apresentada pelo mesmo (sintomas). O autor em sua obra explora as questões do diagnóstico diferencial que devem ser consideradas para todo e qualquer paciente em avaliação através de seis passos, são eles:

O primeiro passo para obter-se um diagnóstico diferencial de acordo com First (2015) é excluir simulação e o transtorno factício. Nesse momento é onde se pode averiguar quais dos sintomas ditos pelo paciente é verídico e quais ele pode estar inventando para conseguir algo ou até mesmo por tentar manipular o clínico. O segundo passo é excluir a etiologia de substância, deve-se considerar se os sintomas surgem ou não a partir de alguma substância que está exercendo um efeito direto no sistema nervoso central. Adiante, o terceiro passo é excluir um transtorno devido a uma condição médica geral, ou seja, determinar se os sintomas ali apresentados são efeitos de uma condição médica. O quarto passo é determinar qual dentre os transtornos mentais primários do DSM-5 melhor explica a sintomatologia apresentada pelo paciente.

Adiante, no quinto passo o clínico deverá diferenciar transtorno de adaptação e outros transtornos especificados ou não especificados. Nessa fase é preciso saber identificar se os sintomas se desenvolveram como uma resposta mal adaptativa a um estressor psicossocial, que nesse caso o diagnóstico seria de um transtorno de adaptação. Por último, deve-se estabelecer os limites com a inexistência de um transtorno mental. Nessa última fase o clínico deve levar em consideração que qualquer critério de psicopatologia deve conduzir a problemas significativos do ponto de vista clínico, de forma a justificar um diagnóstico de transtorno mental.

Dito posto, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista é precisamente clínico, baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5 e nas observações diretas do comportamento do paciente, de seu quadro clínico e de entrevistas e relatos de pais

ou responsáveis pela criança (Steffen, Paula, Martins & Lopéz, 2019). Além disso, o DSM-5 (APA, 2014) nos diz que instrumentos padronizados do comportamento que possuem boas propriedades psicométricas podem ajudar na confiabilidade do diagnóstico. O diagnóstico, que é realizado até os 36 meses de vida da criança, ou seja, até os seus três anos de idade, é reconhecido como diagnóstico precoce (Steffen, Paula, Martins & Lopéz, 2019).

O diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista é realizado através das manifestações clínicas que muitas vezes são evidenciadas antes dos dois anos de vida da criança, ou seja, são os sinais precoces manifestados pelos sintomas (Oliveira, 2009). Sillos, Rezende, Marinho, Melo, Resende, Lenza, Silva e Reis (2020) destacam que esses primeiros sintomas são majoritariamente identificados através das relações familiares onde os pais da criança passam a observar algumas características que não são comuns em seus filhos por volta dos 2-3 anos de idade. Por conseguinte, quem também observa esses sinais logo no início são os médicos da família durante as visitas familiares e consultas de rotina da criança.

Por não haver uma etiologia determinante para o transtorno e com isso não se ter exames laboratoriais que possam detectar o TEA, fica de total responsabilidade do profissional da saúde saber reconhecer os sinais e sintomatologia do distúrbio, avaliar as características clínicas e saber escutar os relatos dos pais já que os primeiros sinais são vistos por eles. Tudo isso é necessário e de fundamental importância para obter-se um diagnóstico precoce do TEA (Steffen, Paula, Martins & Lopéz, 2019).

Levando em consideração que o diagnóstico precoce é necessariamente aquele que é feito até os três anos de idade, torna-se importante discorrer sobre os sinais que são identificados nesse período na vida da criança que é diagnosticada com TEA. Os principais sintomas que são percebidos durante os primeiros 36 meses incluem contato visual anormal, falta de sorriso, falta de interesse em atividades sociais e a falta da linguagem ou regressão no marco da linguagem e de interações sociais. Esses são tidos como os principais sinais precoce para um diagnóstico de TEA (Steffen, Paula, Martins & Lopéz, 2019; APA, 2014). De acordo com o DSM-5 (APA, 2014):

Um aspecto precoce do transtorno do espectro autista é a atenção compartilhada prejudicada, conforme manifestado por falta do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou o olhar indicador de outras pessoas (p. 54).



Esses sinais são frequentemente observados durante o segundo ano de vida (12-24 meses), embora em muitos casos possam ser vistos logo nos primeiros meses de vida da criança onde o primeiro sinal que fica evidente é a falta de interação social do bebê (Bandeira & Silva, 2017) falta de sorriso social e contato visual (Silos, Rezende, Marinho, Melo, Resende, Lenza, Silva & Reis, 2020). Outro fator também que é observável em alguns casos de autismo é a regressão no desenvolvimento com a perda repentina de comportamentos sociais ou uso da linguagem nos primeiros 24 meses de vida da criança. Tal fator é raro de acontecer em outros transtornos, o que se torna também um sinal precoce que deve ser observado para se diagnosticar o Transtorno do Espectro Autista. Por tanto, comumente a criança apresenta um desenvolvimento normal, esperado para a sua idade, mas que repentinamente perde habilidades adquiridas como a fala e comportamentos sociais (APA, 2014).

Concomitante a isso, Steffen, Paula, Martins e Lopéz (2019) ressaltam sobre a importância da observação de sintomas precoce de TEA pois ter um diagnóstico precoce é de fundamental importância para a criança. Esses mesmos autores destacam que “a idade no início do tratamento é um dos fatores determinantes para a sua melhor evolução” (p.2). Os autores pontuam que se ter um diagnóstico até os 36 meses de vida e associado juntamente com intervenção precoce a longo prazo, o prognóstico será tido como positivo. Além disso, o diagnóstico precoce se torna importante também pois é uma faixa etária em que o cérebro se encontra em uma maior plasticidade neural, o que somando com as intervenções auxilia numa melhor evolução do quadro dos sintomas da criança. Os mesmos autores destacam:

A fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente vai desde a concepção até os três anos de idade, assim, qualquer programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ser realizado nesta fase. Se houver demora no diagnóstico e início nas terapêuticas necessárias, os sintomas ficarão mais consolidados prejudicando o desenvolvimento cognitivo e psicossocial. Sendo assim, fica evidente a importância de intervenções precoces para potencializar o crescimento normal infantil (p. 02)

Com isso, fica evidente o quanto é importante o diagnóstico precoce na vida da criança pois como apontam os autores, quanto mais tarde for diagnosticado, mais os sintomas se consolidarão na criança a prejudicando ao longo de toda a sua vida. Para além disso, conseguir um diagnóstico logo no início da vida da criança possibilita uma melhor qualidade de vida tanto para essa criança como para as outras pessoas do seu convívio, pois as terapias específicas de tratamento iniciada logo cedo na vida

dessa criança, contribui com a minimização dos agravos e barreiras sociais da mesma.

Para além das vantagens citadas anteriormente que se obtém a partir do diagnóstico precoce de TEA, Silos, Rezende, Marinho, Melo, Resende, Lenza, Silva e Reis (2020) destacam que uma outra vantagem do diagnóstico precoce é que através dele e juntamente com as intervenções por uma equipe multidisciplinar, há a possibilidade de uma orientação mais adequada para os pais dessas crianças em relação ao trabalho que pode ser desenvolvido em casa também e, com isso, contribuem com o tratamento adequado da criança. Ademais, pesquisas mostram que o diagnóstico precoce juntamente com as intervenções comportamentais e sociais precoces podem melhorar a comunicação e habilidades sociais dessas crianças (Rogers & Vismara, 2008). Portanto, quanto mais precoce se tem o diagnóstico de TEA, maiores serão as capacidades de intervenções e conseqüentemente, maiores os resultados assistidos pelas intervenções (Silos, Rezende, Marinho, Melo, Resende, Lenza, Silva & Reis, 2020).

Em concordância, Makrygianni e Reed (2010) através de uma pesquisa com crianças que obtiveram diagnóstico e intervenção precoce do transtorno do espectro autista, puderam constatar que essas mesmas crianças apresentaram um ganho significativo no Coeficiente de Inteligência verbal (QI) e também um ganho em relação à linguagem e fala. Portanto, é mais um estudo que comprova a grande importância da obtenção do diagnóstico e intervenção precoce na vida da criança autista.

Ademais, fazendo levantamento de pesquisas bibliográficas encontra-se outros autores como Steffen, Paula, Martins e Lopéz (2019); Malheiros, Pereira, Mansur e Mansur (2017); Vasconcelos (2009); Silva e Mulick (2009), que abordam em seus trabalhos o tema do Transtorno do Espectro Autista trazendo um enfoque no diagnóstico e tratamento precoce do distúrbio. Todos esses autores concluem em suas pesquisas que ter-se diagnóstico e tratamento precoce é de grande importância para essas crianças pois a baixa faixa etária das mesmas fazem com que tenham uma melhor evolução e desenvolvimento em seus tratamentos. Os mesmos comprovaram através de estudos e pesquisas aplicadas que crianças que recebem diagnóstico precoce e tratamento adequado, conseguem melhor desenvolver habilidades que são comprometidas pelo distúrbio. Portanto, concluímos que há várias pesquisas e trabalhos publicados tanto brasileiras como de outros países que comprovam que o

diagnóstico precoce juntamente com as intervenções adequadas é algo de extrema importância e necessidade na vida da criança autista.

Ainda na busca de referenciais teóricos que possam ajudar a cumprir os objetivos da atual pesquisa, encontramos autores que ressaltam da importância do diagnóstico e tratamento precoce do TEA, mas que dentro do tema fazem um recorte para uma crítica em relação a escassez de profissionais amplamente preparados para realizar e diferenciar o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, pois como já dito anteriormente, o diagnóstico de TEA depende excepcionalmente do profissional da área da saúde que necessita reconhecer sua sintomatologia para poder diagnosticar o transtorno.

Paula, Filho e Teixeira (2016), em seu trabalho vem falar sobre a importância que tem o papel do psicólogo nas equipes multidisciplinares que tratam do TEA. O psicólogo precisa estar capacitado para a escuta dos pais que levam seus filhos para as consultas psicológicas para assim conseguir detectar sinais que possam indicar um futuro diagnóstico de TEA. Para isso os autores ressaltam que é preciso uma boa formação desses profissionais que se inicia logo na graduação. Esses mesmos autores realizaram uma pesquisa com participação de 85 alunos de Psicologia que se encontravam no 9º e 10º período do curso. Na pesquisa foi aplicado um questionário onde esses alunos deveriam responder de acordo com seus conhecimentos sobre o diagnóstico do TEA. Os resultados obtidos constataram que a maioria dos universitários (62,4%) classificou seu conhecimento em TEA como insuficiente e apenas 5,9% classificou como Bom. Ou seja, os próprios universitários estão considerando que em suas formações não está havendo preparação suficiente para lidar com tal diagnóstico, onde os mesmos não estão sendo preparados de maneira correta para futuramente darem um diagnóstico de TEA.

Sabemos também que não somente psicólogos trabalham com a questão do diagnóstico infantil, mas médicos e psiquiatras também estão envolvidos nesse campo. Diante disso, Figueiras, Puccitini, Silva e Pedromônico (2003), após um estudo nos dados do Programa de Estimulação Precoce da Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil-Adolescentes (URE-MIA), localizado na cidade de Belém, no Pará, observaram que as crianças atendidas no programa estavam em sua maior parte sendo encaminhadas tardiamente para tratamento especializado. Diante disso, os autores levantaram a hipótese de que tal fato estava ocorrendo pois estava havendo um despreparo por parte dos profissionais que atendiam essas crianças.

Os autores acima citados, realizaram uma pesquisa na qual foram avaliados 80 médicos e 80 enfermeiros que trabalhavam nas unidades de saúde distribuídas por toda a cidade de Belém e também 320 mães que faziam acompanhamentos com seus filhos nas unidades. Para os trabalhadores da área de saúde foi aplicado o Teste de Desenvolvimento da Criança (TCD) que avaliaria o conhecimento desses profissionais na área relacionada ao desenvolvimento infantil. Para as mães foram aplicadas algumas perguntas que buscavam conhecer sobre como era o atendimento de seus filhos pelos médicos. Os resultados obtidos a partir do teste TCD mostra um conhecimento falho por parte desses profissionais em questões relacionadas a área do desenvolvimento infantil, além do mais, foi constatado que nenhum dos médicos ou enfermeiros participantes da pesquisa possuem em seu currículo curso ou qualquer outra especialização relacionada ao desenvolvimento infantil.

Algo que chamou bastante atenção na pesquisa e que vale destacar é a pergunta número 1 (um) que foi aplicada para os médicos e para as mães, que consistia em investigar a importância que o profissional dá em relação às opiniões da mãe sobre o desenvolvimento de seus filhos. Nessa pergunta 64,8% dos profissionais responderam que fazem perguntas para as mães sobre as opiniões que as mesmas têm em relação ao desenvolvimento das crianças, concomitante, apenas 21,8% dessas mães afirmaram que em algum momento já foram questionadas sobre o desenvolvimento de seus filhos, ou seja, há uma falta de preocupação desses médicos para com as opiniões dessas mães que convivem e vivem com essas crianças e que são as pessoas que mais observa-os. Com isso, os autores associam que os encaminhamentos tardios para o tratamento precoce de diagnósticos infantis (inclusive o TEA), está relacionado ao despreparo desses profissionais, tanto em reconhecer sintomatologia de transtornos infantis, como pela falta de preocupação desses médicos com os relatos ditos pelas mães dessas crianças.

Segundo Paula, Filho e Teixeira (2016), o papel do psicólogo dentro das equipes multidisciplinares é de grande importância pois é um dos profissionais que atuam na identificação e assistência a pessoas com o Transtorno do Espectro Autista. Os autores falam sobre a importância da capacitação do profissional tanto na escuta dos pais quanto na observação dos sintomas presentes na criança para que assim possam ser capazes de identificar e diagnosticar uma criança que possua o distúrbio. Portanto, eles destacam que para que haja essa capacitação é necessário que já na Graduação haja uma boa formação desses profissionais.

Dentre os estudos examinados sobre o diagnóstico precoce de TEA, foram encontrados trabalhos que falam sobre os instrumentos de rastreamento de sinais precoces do TEA. São instrumentos que necessariamente precisam ser utilizados juntamente com a observação do quadro clínico da criança, sempre levando em consideração os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 ou da Classificação Internacional de Doenças- CID-10 (Matson, Nebel-Schwalm & Matson, 2007). É preciso destacar também que esses instrumentos existem, mas que os mesmos não são utilizados para diagnosticar o transtorno, mas sim para ajudar a identificar no rastreamento dos sinais precoces do TEA (Seize & Borsa, 2017).

Através de uma revisão bibliográfica, Ribeiro e Murad (2020) encontram os principais instrumentos de rastreamento de sinais precoces do Transtorno do Espectro Autista. Através de buscas em artigos, os autores encontraram e descobriram sobre os instrumentos que servem para rastrear o TEA e seus sinais precoces, ou seja, testes que são utilizados em crianças de até 36 meses para ajudar no diagnóstico do transtorno, e são eles: ADEC - Autism Detection in Early Childhood, ADI- Autism Detection in Early Childhood, ASQ- Autism Screening Questionnaire, CARS- Childhood Autism Rating Scale, ESAT- Early Screening of Autistic Traits e M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers.

O Autism Detection in Early Childhood (ADEC.) é um instrumento que pode ser aplicado em crianças de 12-36 meses de vida, utiliza-se de propriedades psicométricas e possuem um alto nível de eficácia. Seu rastreamento é feito de forma interativa se baseando nos comportamentos apresentados pela criança. O mesmo foi desenvolvido na Austrália. O Autism Diagnostic Interview (ADI) é um instrumento de rastreio em forma de entrevista. A entrevista é aplicada nos pais (ou responsáveis pela criança) e tem o objetivo de proporcionar um diagnóstico diferencial dos transtornos globais do desenvolvimento (Ribeiro & Murad, 2020). Na entrevista, o aplicador busca investigar principalmente os primeiros cinco anos de vida da criança, ou seja, conhecer como foi o desenvolvimento dela e quais sintomas ela apresentou nessa fase da vida pois sabe-se que é nesse período que certos aspectos ficam mais evidentes para a conclusão de um diagnóstico.

O Autism Screening Questionnaire (ASQ) foi elaborado em forma de questionário onde possui 40 questões que devem ser respondidas pelos pais ou cuidadores da criança. Assim como o ADI, ele busca investigar os sintomas

apresentados pela criança logo no início de sua vida e entender como se deu o desenvolvimento dessa criança. Tal instrumento possui duas versões, uma que pode ser utilizada em crianças de até seis anos de idade e outra para crianças com idade igual ou superior a seis anos (Ribeiro & Murad, 2020). Vale destacar que pesquisas realizadas neste instrumento mostram que o mesmo pode apresentar um falso positivo e que, portanto, não é recomendado que seu uso seja feito para diagnosticar o TEA pois através dele são obtidas informações que podem ser procedentes de outros problemas que englobam o desenvolvimento infantil, ou seja, pode haver um diagnóstico de TEA mas a criança possa possuir outro transtorno do desenvolvimento.

Adiante, o Childhood Autism Rating Scale (CARS) é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de crianças autistas. Esse instrumento consiste em uma escala que possui 15 itens que tem por objetivo auxiliar na identificação de crianças com autismo e de distinguir crianças que possuem prejuízos do desenvolvimento sem autismo. Essa escala diferencia o autismo em seus três níveis de gravidade: leve, moderado e grave e é utilizada em crianças acima de dois anos de idade (Ribeiro e Murad, 2020 e Pereira, 2008). A escala avalia o comportamento da criança em 14 domínios que geralmente são afetados pelo autismo como: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso de objetos, resposta visual, dentre outros.

Outro instrumento encontrado por Ribeiro e Murad (2020) é o Early Screening of Autistic Traits-ESAT que tem por objetivo diferenciar uma criança com desenvolvimento típico de uma com desenvolvimento atípico. O teste pode ser aplicado em crianças de oito a 44 meses de idade, ou seja, antes de um ano até três anos e meio. Por último, os autores encontraram o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), que é um instrumento de rastreamento dos sinais do Transtorno do Espectro Autista que pode ser aplicado em crianças que estão entre os 18-24 meses de vida. O mesmo é constituído por 23 questões que tem como resposta sim/não. Essas questões dizem respeito às observações dos pais em relação ao comportamento da criança e a partir delas é que se pode ou não suspeitar do diagnóstico.

Dito isso, Seize e Borsa (2017) realizaram uma pesquisa na qual tinha o objetivo de identificar os instrumentos disponíveis para rastreamento dos sinais do autismo em crianças com até 36 meses de idade. Para cumprir seus objetivos, as autoras realizaram uma revisão de literatura em artigos mais recentes (anos 2004-2015) onde foram encontrados 11 instrumentos de rastreamento de sinais precoces

do TEA, mas constataram que apenas um dentre eles possuía a tradução para o português. Ou seja, o que as autoras constataram é que há a necessidade de criação ou tradução de instrumentos já feitos que possam ser utilizados na população brasileira.

Outro estudo que relata sobre a escassez de instrumentos é o de Backes, Mônico, Bosa e Bandeira (2014) que através de uma revisão sistemática acerca das propriedades psicométricas de instrumentos para avaliação do Transtorno do Espectro do Autismo na população brasileira, constatou que apenas o Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT como o instrumento para rastreamento de sinais precoces disponível no Brasil. Com isso, é possível constatar que ainda é muito precário a quantidade de instrumentos de rastreio dos sinais precoces de TEA disponível no Brasil, fato que mostra mais uma vez a importância de uma boa formação acadêmica desses profissionais da saúde pois, com poucos recursos que possam ajudar no diagnóstico do autismo, cabe a eles utilizar majoritariamente de seus conhecimentos a respeito da sintomatologia do distúrbio e saber reconhecer seus sinais.

Dessa forma, após ter abordado sobre a importância do diagnóstico e da intervenção precoce no TEA, resta a dúvida: quais são essas formas de intervenção precoce que estão disponíveis para o profissional de psicologia? Antes, é necessário discorrer sobre a neuropsicologia do Transtorno do Espectro Autista, ou seja, conhecer quais funções são afetadas pelo distúrbio para assim entender como as intervenções terapêuticas devem atuar para um melhor tratamento.

De acordo com Muszkat, Araripe, Andrade, Muñoz e Mello (2016) “A adaptação ao meio, na perspectiva da neuropsicologia, é associada à cognição social” (p. 184), portanto uma das áreas afetadas pelo TEA é a cognição social. De acordo com os autores, cognição social se refere a percepção e processamento que o indivíduo tem do ambiente social que está inserido, percepção do outro, compreensão sobre os sentimentos dos outros (empatia), possibilidade de dividir experiências, conseguir compartilhar atenção, entre outros. Tudo isso refere-se a capacidades que estão incluídas dentro da cognição social. Pessoas que possuem TEA apresentam possuem déficits nessas habilidades.

Além disso, pessoas com TEA apresentam alteração na coerência central (Muszkat, Araripe, Andrade, Muñoz e Mello, 2016). A coerência central refere-se à "capacidade de integrar fontes de informações para estabelecer significado em um

contexto com coerência, percebendo o todo da informação tanto verbal como visual”, ou seja, é a capacidade de observar e avaliar o Todo. Pessoas com TEA preferem olhar a parte de um objeto ou situação, e não o seu Todo. Outra área afetada pelo TEA é o reconhecimento das emoções. Muszkat, Araripe, Andrade, Muñoz e Mello (2016) dizem que as alterações emocionais podem ser percebidas na alteração de voz, num olhar sutil, numa levantada na sobrancelha, na mudança do olhar, entre outras coisas. Portanto, no TEA há uma alteração na percepção e identificação das emoções, o que faz com que haja uma dificuldade no reconhecimento das emoções das outras pessoas.

Por fim, outras áreas que se encontram afetadas no TEA são a linguagem e funções executivas (Muszkat, Araripe, Andrade, Muñoz e Mello, 2016). No TEA déficits na linguagem é frequente e um dos primeiros sinais observados. Tais déficits provocam dificuldades na interação social, nas relações na comunicação, na compreensão do que o outro deseja, em crenças e etc. As funções executivas dizem respeito a diversas habilidades como por exemplo estabelecer metas, planejar e organizar tarefas, adotar métodos para solucionar problemas, criar novas maneiras de agir em diferentes situações, entre outras. Dito isso, pessoas com TEA possuem essas habilidades afetadas. De acordo com os autores, "As dificuldades executivas mais frequentemente encontradas no TEA são as de planejamento, organização, flexibilidade mental, controle inibitório e fluência verbal e visual" (p. 187).

Portanto, após compreender um pouco sobre a neuropsicologia do Transtorno do Espectro autista, será discorrido sobre algumas intervenções precoces que trabalham justamente nas áreas que são afetadas pelo distúrbio (funções executivas, interação social, linguagem e fala, coerência central, reconhecimento de emoções, dentre outras citadas anteriormente). Locatelli e Santos (2016) após uma vasta busca em referências bibliográficas que se demoram no tema da intervenção precoce do autismo, destaca algumas das principais formas de intervenção precoces, como: Applied Behavior Analysis (ABA), Sistema de Comunicação por Figuras (PECS), Son Rise e Treatment and Education of Autistic and Related Communication handicapped Children (TEACCH).

O tratamento através da terapia ABA (*Applied Behavior Analysis*) que em português significa Análise aplicada do comportamento, é um método de modelagem de comportamento muito utilizado por pessoas com TEA. Tal método utiliza-se também do meio lúdico, uma vez que pode ser realizado através de brincadeiras e da



imaginação da criança com o intuito de desenvolver algumas habilidades e assim ensinar comportamentos que estão comprometidos pelo Transtorno do Espectro Autista, o que se torna uma forma prazerosa de aprendizado para essa criança. Tal tratamento é baseado em evidências e pode ter diversas aplicações, mas que tem mostrado grandes resultados principalmente com crianças autistas (Locatelli e Santos, 2016). Sendo assim, esse método busca desenvolver as potencialidades dessas crianças através de algumas etapas para que assim essas habilidades sejam cumpridas de forma adequada.

Cada habilidade é ensinada de forma individual, iniciada por uma indicação ou instrução, tendo o apoio quando necessário. O suporte deve ser retirado o mais rápido possível para que a criança não se torne dependente dele (SANTOS, 2015, p. 40).

Portanto, como dito por Santos (2015) às etapas iniciam-se dando apoio e suporte para a criança na realização das atividades (quando necessário) e, tal suporte deve ser retirado o quanto antes, ou seja, assim que a habilidade passa a ser adquirida, para que essa criança não se torne dependente daquela ajuda para realizar suas atividades e sim crie um repertório de realizar tais habilidades aprendidas de forma individual e sem ajuda de uma outra pessoa.

Dito isto, o ABA é baseado no pressuposto do reforçamento positivo<sup>3</sup>, sendo assim, utiliza-se desse método para motivar e amplificar comportamentos desejados na criança para que assim haja uma melhora na sua vida em diferentes ambientes (familiar, escolar, eventos, atividades sociais, aprender a lidar com emoções, entre outros). Portanto, o ABA é adaptado de acordo com a necessidade de cada indivíduo, sua aplicação não está voltada somente para psicólogos, mas pode ser utilizada por professores, terapeutas e até familiares que podem contribuir com um melhor resultado aplicando tal tratamento em suas casas (SILVA, PASSETO & BARCELOS, 2022). Em relação ao método, Locatelli e Santos (2016) destacam:

[...] o método de tratamento ABA constrói pré-requisitos para que a criança perceba o mundo de uma forma mais adequada e direciona as suas potencialidades para que a mesma utilize essa capacidade de aprender para realmente se tornar independente. Assim, o sistema ABA resgata essa potencialidade e transforma em comportamento adequado em habilidades efetivas (LOCATELLI; SANTOS, 2016, p. 210).

---

<sup>3</sup> O reforço positivo é a apresentação de estímulos, no acréscimo de alguma coisa, com a finalidade do aumento da frequência de determinado comportamento (Madí, 2004).

Portanto, compreende-se o método ABA como umas das principais terapias precoces no Transtorno do Espectro Autista pois como já destacado (LOCATELLI & SANTOS, 2016; SILVA, PASSETO & BARCELOS, 2022), é um tratamento baseado em evidências que tem se mostrado eficaz no tratamento e melhoria de crianças com TEA.

Ademais, outro método de tratamento é o Sistema de Comunicação por Figuras (PECS) que tem por objetivo trabalhar o desenvolvimento das habilidades de comunicação da criança autista mostrando para elas que é através da linguagem conseguirão o que deseja. Portanto, o PECS é um modelo de tratamento que é feito através da troca de figuras, tal ferramenta propicia muitas vantagens tanto na vida da criança autista que não desenvolveu a linguagem, como de outras que possuem dificuldades e/ou limitações na fala, ou seja, está voltado para todo o público que apresenta alguma limitação na comunicação verbal ((LOCATELLI & SANTOS, 2016. O PECS consiste em permitir que a criança pegue a imagem ao qual representa o objeto que ela deseja e entregar para o profissional, o mesmo pega o objeto físico que está representado na figura e entrega para a criança, fazendo com que a criança se comunique mesmo que não seja através da fala oral (Locatelli e Santos, 2016). Esse instrumento é de fácil criação pois utiliza-se de materiais simples, o mesmo pode ser aplicado por profissionais devidamente capacitados ou pelos próprios pais das crianças após serem orientados adequadamente sobre o seu funcionamento.

Ademais, outro método que tem mostrado vantagens na intervenção precoce do autismo é o Son Rise que é um método que propõe a inclusão de um programa na própria casa da criança autista, tendo os seus pais como dirigentes deste programa pois são eles que convivem diariamente com a criança e a conhece como nenhuma outra pessoa (LOCATELLI; SANTOS, 2016).

Os pais recebem orientações práticas e atitudinais, de modo a conseguirem orientar voluntários que possam ajudá-los na execução. No entanto, este programa também exige a presença de profissionais justamente para que os pais possam oferecer um programa estruturado com suporte de uma equipe multidisciplinar com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, pedagogos, entre outros; além de uma estrutura de integração sensorial (LOCATELLI; SANTOS, 2016, p. 211-212).

Portanto, embora seja um programa que é realizado a domicílio e pelos pais da criança, sua execução envolve muitos profissionais da saúde que auxiliarão no melhor tratamento para o indivíduo que receberá o tratamento. Dito isto, levando em

consideração que a pessoa que possui autismo apresenta dificuldades na interação social e em construir relação com outros, o método Son Rise têm o objetivo de ajudar a criança autista a ter motivação para se relacionar com o outro, busca ajudar a criança a participar de relacionamentos sociais através de interações divertidas e espontâneas (Locatelli e Santos, 2016). Son rise é um método lúdico que trabalha o desenvolvimento social da criança (interação social, contato visual, comunicação social verbal e não verbal e flexibilidade para estabelecer relações), ou seja, habilidades que estão comprometidas pelo distúrbio.

E por fim, o último método de tratamento precoce mencionado por Locatelli e Santos (2016) é o *Treatment and Education of Autistic and Related Communication handicapped Children* (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação). Tal tratamento possui teoria e pesquisas que comprovam sua eficácia e seu método. Está baseado num tratamento psicoeducacional onde visa conseguir melhora na vida do autista em todos os âmbitos sociais de sua vida. Em relação ao método os autores destacam:

Preocupa-se com todas as etapas de vida da criança autista, trabalhando na busca de melhorar a qualidade de vida, a independência e a atuação na sociedade. Entendendo que cada pessoa com autismo é única, portanto, a intervenção no TEACCH é uma intervenção individualizada, ou seja, as técnicas e os procedimentos são aplicados de forma individualizada com cada criança (LOCATELLI; SANTOS, 2016, p. 215).

Dito isto, vemos que o método se preocupa com cada criança de forma individual, levando em consideração que o autismo é um espectro e que, portanto, cada um apresenta os sintomas de uma forma e gravidade diferentes. Este método preconiza o cognitivo e a aprendizagem do autista. A princípio é realizado apenas com atividades que contem imagem e cores, somente com a evolução da criança que é inserido as palavras, o que faz com que seja trabalhado o aprendizado através de imagens, levando sempre em consideração o tempo que cada criança tem para adquirir novos aprendizados. Somente quando conclui uma fase do método que é avançado para o próximo. Com isso, tal tratamento trabalha as diversas formas de comunicação da criança autista, e não somente a linguagem verbal. (Locatelli e Santos, 2016).

Ademais, não somente o profissional da psicologia trabalha atuando no tratamento de crianças com TEA, Santos e Sousa (2005) destacam duas outras

terapias com profissionais de áreas diferentes que apresentam bons resultados em relação ao tratamento precoce de TEA: musicoterapia e terapia ocupacional.

A musicoterapia é uma técnica de tratamento que vem mostrando grandes vantagens no tratamento de crianças autistas (SANTOS & SOUSA, 2005). Com suas técnicas, a criança autista pode desenvolver habilidades sociais, rompendo o padrão de isolamento que é característico do espectro, podendo ajudar na sua interação social, na diminuição de ecolalia e a desenvolver o comportamento de socialização.

O som do instrumento, assim como o seu aspecto visual e tátil, pode auxiliar o autista a compreender melhor os outros, propiciando quantidades inumeráveis de relações que podem ser a chave do êxito da terapia. Uma vez rompida a barreira e estabelecido contato, o terapeuta musical pode iniciar uma série de experiências estruturadas com o intuito de aumentar a atenção destes indivíduos (SANTOS; SOUSA, 2005, p. 37).

Dito isto, temos a musicoterapia como um importante instrumento de tratamento precoce para o Transtorno do Espectro Autista pois através dela são trabalhadas áreas e habilidades que estão em atraso ou comprometidas pelo espectro como a fala, interação social e atenção.

Concomitante a isso, a outra forma de tratamento precoce descrita por Santos e Sousa (2005) é a terapia ocupacional. Segundo os autores, “o objetivo terapêutico da terapia ocupacional, de um modo geral, consiste em melhorar as capacidades motoras e finas nas atividades da vida diária” (p. 38), portanto, o papel do terapeuta ocupacional no tratamento do TEA consiste em melhorar as capacidades funcionais da criança, fazendo que aprenda atividades do cotidiano como escovar os dentes, andar de bicicleta e também habilidades sensoriais como o toque físico, capacidades sensório motora como o equilíbrio, dentre outras, que tornam a criança autista mais independente e adapta ao meio em que vive.

## **6 METODOLOGIA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES (CASOS CLÍNICOS)**

A atual pesquisa trata-se de um trabalho teórico ilustrado, ou seja, ela está voltada para a reflexão de um tema e que para isso utiliza-se um ou mais casos clínicos práticos que possui a finalidade de ilustração de determinado tema (Ferreira e Yoshida 2004). Foi realizado um levantamento bibliográfico atual do tema com buscas em livros e artigos de revistas especializadas em plataformas reconhecidas como o google acadêmico, PEPSi, scielo, dentre outras, a fim de encontrar dados que pudessem comprovar a importância que se tem o diagnóstico e tratamento precoce do TEA para o desenvolvimento de crianças autistas. Utilizando-se do método de caso clínico buscará ilustrar por meio de dois relatos de experiência de familiares de crianças com transtorno do espectro autista (já publicados em artigos científicos) sobre as reais vantagens que se tem do diagnóstico precoce de TEA e do tratamento adequado logo no início da vida da criança autista.

A metodologia de caso clínico foi escolhida pois, como afirma Gil (2008), o estudo de caso clínico que é realizado através de um profundo e exaustivo estudo de determinado objeto de pesquisa, possibilita um conhecimento amplo e detalhado desse objeto. Para além disso, Yan (2005) vem dizer que o estudo de caso vem sendo utilizado cada vez com mais frequência pois o mesmo apresenta várias vantagens em servir pesquisas com diferentes propósitos, sendo que, uma dessas vantagens estar em explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

A escolha dos casos clínicos utilizados neste trabalho deu-se a partir de muitas buscas e leituras em sites como o Scielo e o Google Acadêmico, além de livros que se demoram no tema do transtorno do espectro autista. Depois de uma vasta busca nos locais citados anteriormente, houve a separação daqueles que melhor se encaixam no presente trabalho. Foram então dados dois critérios para a escolha dos casos, são eles:

O primeiro critério era que o caso detalhasse sobre a vida da criança, apresentasse detalhes importantes sobre a sintomatologia do transtorno que apresentava na criança e como foi feita a descoberta do diagnóstico. Esse critério foi considerado de importância pois acha-se necessário ver como os sintomas são identificados precocemente, ou seja, como foi sendo o crescimento daquela criança e o que chamou a atenção dos pais para que houvesse suspeita do autismo. O segundo

critério seria de que o caso clínico além de detalhar sobre os sintomas da criança, detalhasse também sobre as terapias as quais a criança estava realizando e que relatasse também sobre as melhorias que a criança obteve após ser diagnosticada precocemente e já dar início às terapias necessárias. Utilizou-se esse critério pois, muitos dos relatos clínicos ao qual foi encontrado relatava sobre a melhoria da criança após o início das terapias, mas não dava ênfase na vida das crianças antes deste momento.

Foram encontrados muitos casos clínicos e dentre eles foram selecionados dois que mais se encaixavam nos critérios acima apresentados. Apresentaremos as vinhetas dos dois casos clínicos logo abaixo, são elas:

O primeiro relato encontra-se no artigo científico de Locatelli e Santos publicado na revista *Transformar* no ano de 2016. Trata-se de um relato de um menino de quatro anos e meio de idade que nasceu na cidade de Itaperuna (RJ). No final de 2009 a família descobriu que ganharia um novo membro, o que os deixou alegres e cheios de expectativas. Durante a gravidez foi realizado algumas ultrassonografias que identificaram a criança como sendo do sexo feminino, desde então a família toda passou a chamar a criança de Laura, realizando todo um enxoval feminino. Os exames realizados no pré-natal não apresentavam nenhuma patologia e a família aguardava ansiosamente pela chegada da “princesa Laura” (p. 217)

No parto houve a primeira surpresa, não se tratava de uma menina, e sim de um menino (EBM, como o identificam as autoras) que nasceu com uma pequena má formação congênita na uretra e no pênis (hipospádias) onde o seu pênis nasceu colado na bolsa escrotal e por conta dessa má formação não foi possível identificar nas ultrassonografias que não se tratava de um menino. A má formação foi logo consertada por meio de uma simples cirurgia que foi realizada logo nos seus primeiros dias de vida.

Com essa surpresa, a mãe de EBM inicia um período complicado na sua vida enfrentando uma depressão pois durante nove meses foi idealizado que sua menina chegaria mas aconteceu que veio um menino, o que resultou na não aceitação de seu filho, fato que foi resolvido depois de alguns meses de acompanhamento com psicólogo.

Segundo o relato da família, EBM sempre foi uma criança saudável, tinha hábitos de uma criança típica, brincava e falava até um ano e oito meses, a família não via nada de diferente aparentemente. Foi somente quando ingressou na escolinha

que EBM passou a dar indícios precoces de déficits nas funções interpessoais, já não falava mais e chorava quando queria alguma coisa, preferia ficar sozinho e brincando com um único brinquedo enquanto as outras crianças interagiam. Foi sua própria mãe que observou essa mudança de comportamento.

No seu aniversário de dois anos a família observou que EBM não olhava para os convidados, não brincava com as outras crianças e preferia ficar no tablet assistindo. Foi a partir desse episódio que a família resolveu levá-lo para fazer uma consulta com um neurologista que constatou que dos dez sintomas básicos do TEA, ele se encaixava em pelo menos cinco. A família já tinha quase certeza que se tratava de autismo, pois assim que os primeiros sintomas foram percebidos, sua mãe passou a estudar sobre distúrbios do comportamento e percebeu que EBM se encaixava nos critérios diagnósticos do TEA. Após o diagnóstico a mãe relata que houve uma dificuldade de aceitação pois foi um susto receber a notícia de que seu filho possuía tal transtorno.

O tratamento começou logo após o diagnóstico. Foi um tratamento multidisciplinar que envolveu fonoaudiologia, terapia ocupacional, integração sensorial, psicólogo e natação, além de que o mesmo faz acompanhamento médico e uso de medicações como a risperidona e a ritalina. A família mostra-se muito contente com os resultados obtidos a partir do tratamento precoce de EBM, o mesmo apresentou uma melhora comportamental, conseguindo melhorar significativamente seu convívio e a interação com outras pessoas. Embora ainda não consiga ter uma conversa casual, EBM mostra melhoras significativas nas habilidades que antes estavam comprometidas.

O segundo caso encontra-se no artigo de Canut, Yoshimoto, Silva, Carrijo, Gonçalves e Silva (2014) e trata-se do relato da mãe de C.F.S de 12 anos. A mãe relata que com menos de um ano de idade já era um bebe muito sério e que dificilmente sorria para outras pessoas que não fossem os pais ou a irmã. Não interagia com estranhos, não gostava de brincar, não obedecia a comandos verbais simples, não reconhecia o próprio nome quando era chamado, não apresentava curiosidade comum às outras crianças de sua idade. As pessoas de fora diziam que ele não estabelecia contato visual com ninguém, a não ser com a mãe.

A mãe conta que com um ano de idade a criança aprendeu a falar 'mãe' e a bater palmas, mas que isso só durou algumas semanas e a partir de então não aprendeu novas palavras, apenas vocalizava sons aleatórios, não respondendo a

estímulos sociais. Gostava de brincar sozinho e não sabia usar os brinquedos de forma adequada. Gargalhava sozinho e sem motivo. Não sabia apontar para objetos e usava a mãe como instrumento para consegui-los. Não aparentava ter medo ou reconhecer situações de perigo. Apresentava comportamentos estereotipados, como esfregar os dedos e soprar as mãos. Quando tinha um ano e meio a mãe o levou para fazer uma audiometria e BERA (exame do potencial evocado auditivo do tronco encefálico), pois já desconfiava de autismo e ambos os exames deram normais. Nesta mesma época, entrou na escola, mas a família não percebeu melhora nas suas habilidades sociais.

Aos dois anos e meio após ter passado por um psicanalista e um pediatra, a mãe o leva mais uma vez ao pediatra a qual o diagnosticou definitivamente com o quadro de autismo. A partir de então a criança foi encaminhada para a terapia de estímulos cognitivos e comportamentais com psicóloga diariamente e de forma intensiva. Com isso, começou a evoluir gradativamente, passou a olhar quando era chamado e já se mostrava curioso em relação ao mundo. Aos três anos de idade deixou de usar fralda e aprendeu a usar o banheiro sozinho. Apesar de não falar, a mãe percebeu que já nessa idade ele sabia ler algumas palavras pois apontava para elas quando solicitado. Passou a identificar partes do corpo e reconhecer membros da família, obteve melhora nas suas habilidades sociais e no contato visual

Aos quatro anos e meio de idade a mãe passou a fazer um tratamento com uso de medicamentos e começou a levá-lo ao fonoaudiólogo. Foi a partir disso que aprendeu a falar gradativamente e antes dos cinco anos, aprendeu a falar definitivamente. A família notou que o mesmo se mostrava mais feliz e mais disposto a interagir com as outras pessoas. Até os 9 anos de idade conseguiu acompanhar bem a escola, mas desde então passou a apresentar dificuldades (principalmente em matemática). Aos 12 anos de idade, demonstra interesse em se relacionar com estranhos, porém ainda enfrenta algumas dificuldades, não conseguindo manter contato visual ou uma conversa completa.

Em suma, esses são os dois casos clínicos que são utilizados para desenvolver a atual pesquisa de TCC. Os mesmos são utilizados para ilustrar o que pesquisas sobre o transtorno do espectro Autista comprovam sobre a importância e eficácia do diagnóstico e tratamento precoce do transtorno. Através de referenciais teóricos que abordam o tema do transtorno do espectro autista, diagnóstico e intervenção precoce, se busca cumprir os objetivos do trabalho.



## 7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Analisando o caso clínico 1 de EBM, chama-nos a atenção o fato de que durante toda a gravidez toda a família esteve à espera de Laura, ou seja, de uma menina. Houve todo um processo ao qual todos da família, principalmente a mãe, passaram em relação a idealização dessa menininha que estava prestes a entrar na vida deles e que por tanto, ao descobrir que não seria uma menina e sim um menino, a família teve de passar por um novo processo de aceitação, pois tudo estava sendo preparado para a chegada de Laura e não de EBM. Como destacam Locatelli e Santos (2016), é totalmente normal os pais idealizarem seus filhos, a cor dos olhos, dos cabelos, formato do nariz, da boca etc. Com isso, com toda essa quebra de expectativa que a mãe dessa criança obteve, a mesma passou por um período difícil na sua vida a qual teve de enfrentar uma depressão pós-parto que só foi resolvida após alguns meses fazendo tratamento psicológico.

Adiante, depois de passar por todo esse processo a mãe passa a perceber que seu filho não apresentava um desenvolvimento esperado para a sua faixa etária e, mais uma vez, a mãe teve de enfrentar outro processo de aceitação ao qual teria de lidar com o fato de que seu filho talvez não fosse uma criança típica. A família mais uma vez enfrenta esse processo de aceitação pois normalmente quando se idealiza seu filho, não se pensa que o mesmo será portador de alguma deficiência ou algo do tipo. Em concordância disso, Amiralian (1986) diz que há a noção da deficiência, mas que os pais não acreditam que isso vá acontecer com seus filhos, espera-se no filho dos outros, mas nos seus filhos não. Tal fato ocorre, pois, muitas das vezes existe o pensamento de que os filhos são a extensão dos pais e por eles não apresentarem nenhuma deficiência, seus filhos também não apresentarão (Locatelli & Santos, 2016; Amiralian, 1986). Portanto, é algo desafiador para a família receber um diagnóstico do Transtorno do Espectro Austista para seu filho.

Ademais, analisando a história de vida de EBM, notamos que ele foi uma criança saudável, normal, com um desenvolvimento esperado, falava e brincava até os seus um ano e oito meses de vida. Então, EBM desenvolveu normalmente até os seus 20 meses e logo após isso passou apresentar comportamentos individuais, como é relatado no texto. A criança a qual brincava, sorria e falava, de repente já não apresentava mais essas evoluções e passa a regredir, a não mais falar, brincar, quer

apenas ficar sozinho e isolado. Tal comportamento é tido como um dos sintomas precoces apresentados pelo TEA (APA, 2014).

Algumas crianças com transtorno do espectro autista apresentam platôs ou regressão no desenvolvimento, com uma deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou uso da linguagem, frequentemente durante os dois primeiros anos de vida. Tais perdas são raras em outros transtornos, podendo ser um sinal de alerta útil para o transtorno do espectro autista (p. 55).

Dito isto, conclui-se que EBM apresentou um sintoma que é frequentemente observado no TEA e que raramente está presente em outro distúrbio e que é considerado um sintoma precoce do TEA. Como dito no relato, a mãe continuou a observar esses comportamentos e quando seu filho completou dois anos de idade ela teve uma maior percepção dos sintomas do filho quando notou que ao invés de interagir ou brincar no seu aniversário, EBM preferiu assistir ao tablet. Ou seja, a criança apresentou outros sintomas precoces do autismo: a falta de interação social e a falta de interesse por outras crianças da mesma faixa etária (APA, 2014).

Portanto, no caso de EBM, vemos que um dos principais fatores que chamou à atenção da família para a suspeita de alguma anormalidade no desenvolvimento da criança foi a regressão no seu desenvolvimento como a perda da fala e da interação social. Tais fatos puderam ser observados antes mesmo dos dois anos de idade, o que contribuiu para que a família buscasse um tratamento precoce para seu filho.

O diagnóstico precoce foi realizado por um médico, diante das observações de perda das habilidades sociais e da linguagem inicialmente observados pela família de EBM. Em relação ao seu tratamento precoce, nos foi apresentado que EBM realizou terapias com vários profissionais como da fonoaudiologia, terapia ocupacional, integração sensorial, psicólogo e também a natação. Portanto, EBM teve um tratamento multidisciplinar que trabalhou diversas áreas e habilidades que certamente estavam comprometidas pelo TEA.

Não nos é apresentado quais os métodos ou instrumentos que foram utilizados por cada um desses profissionais. Mas como mostrado na seção anterior, esses são profissionais que utilizam-se de seus conhecimentos para fazer com que essas crianças tenham uma vida mais independente e autônoma. Com esses profissionais podemos constatar que foram trabalhadas habilidades como a fala, a interação social, o contato visual, reconhecimento de emoções, cognição, habilidades motoras entre tantas outras (SANTOS; SOUZA, 2005; LOCATELLI; SANTOS, 2016).

Ao final do relato de EBM nos é dito que o mesmo obteve melhoras significativas em seu convívio social e na interação com outras pessoas. Além disso, EBM desenvolveu a fala, embora não consiga ter uma conversa casual, tudo isso já é considerado uma grande aquisição em seu desenvolvimento. Portanto, consideramos que tais conquistas se devem em relação ao seu tratamento precoce que só se deu início por conta do diagnóstico que também foi precoce que EBM obteve.

No segundo relato de caso clínico, temos também a história de um menino. O que é interessante e necessário destacar é que nesse caso a identificação dos sintomas do TEA surgiram antes mesmo do primeiro ano de vida. Como relata a mãe, a criança já apresentava sintomas como a falta de sorriso, era uma criança séria, não interagia com outras pessoas que não fossem do seu convívio íntimo, não reconhecia seu próprio nome, não brincava, entre outros tantos sintomas descritos no relato. Portanto, vemos que essa criança desde muito cedo já apresentou muitas das características presentes na sintomatologia do Transtorno do Espectro Autista.

Os sintomas que devem ser observados para a suspeita do autismo incluem contato visual anormal, falta de orientação para o nome, falta de uso de gestos para apontar e ou mostrar, falta de brincadeiras interativas, falta de sorriso, falta de compartilhar e falta de interesse em outras crianças. Sendo que, atrasos combinados de linguagem e sociais e regressão dos marcos de linguagem ou sociais são alertas precoces importantes a uma avaliação imediata (STEFFEN et al, 2019, p. 6).

A citação acima refere-se aos sintomas precoces que frequentemente são observados pelos pais de crianças autistas antes do diagnóstico ser buscado. De acordo com os autores, muitas das vezes esses sintomas estão presentes desde o início da vida da criança, como no caso de EBM, e é algo que deixa os pais já em alerta pois normalmente o bebê desde o seu nascimento já interage com o seu meio social, seja através do sorriso social, do contato visual ao ser amamentando ou dos balbucios (STEFFEN et al).

Ademais, algo interessante de se observar nesse caso foi o fato de que embora quando fosse muito pequeno já apresentasse sinais do autismo, quando o mesmo tinha um ano de idade apresentou um desenvolvimento 'normal' e/ou esperado pois já falava algumas palavras como 'mãe' e imitava (quando batia palmas quando escutava a música 'parabéns'. Ou seja, assim como no primeiro caso clínico, o de EBM, esse caso também apresentou uma regressão no seu marco de desenvolvimento, apresentando mais um dos sintomas precoces do TEA (APA, 2014).

Em relação ao seu diagnóstico, os autores descrevem que a mãe já suspeitava que seu filho pudesse possuir o diagnóstico de TEA e que quando o mesmo possuía um ano e meio de idade, ela a levou para a realização de um exame audiométrico e BERA (exame do potencial evocado auditivo do tronco encefálico), pois era necessário descartar a hipótese que tais sintomas ocorriam devido a uma surdez, e como esperado, os dois exames apresentaram resultados normais. O diagnóstico de TEA veio alguns meses depois de passar por alguns profissionais de saúde.

Com isso, aos dois anos e meio de idade após receber o diagnóstico, a criança já iniciou o tratamento com uma psicóloga onde era trabalhado a terapia de estímulos cognitivos e comportamentais. Nos é descrito que é um tratamento intensivo onde é realizado diariamente. Com ele a criança obteve ganhos significativos em relação a sua interação social pois passou a olhar quando chamado e a interagir com o seu meio. Após algum tempo, a criança iniciou tratamento com fonoaudiólogo, o que resultou em mais ganhos na linguagem oral. O mesmo passou a falar, conseguiu acompanhar as crianças da sua faixa etária na escola e mostrou-se mais feliz. Assim como no primeiro relato de caso, houve também um diagnóstico e intervenção precoce com uma equipe multidisciplinar que trabalhou habilidades com essa criança e que obteve ganhos significativos para o seu desenvolvimento social.

Por fim, é necessário discorrer sobre algo que houve em comum nos dois casos: o diagnóstico precoce e a intervenção multidisciplinar. Ambos os meninos apresentaram sinais que fizeram com que seus pais buscassem ajuda profissional e com isso chegasse no diagnóstico precoce de TEA. Tal fato possibilitou que eles também adentrassem na intervenção precoce que trabalha na melhoria das habilidades que são comprometidas pelo distúrbio. Em relação ao diagnóstico e intervenção precoce Steffen, Paula, Martins e Lopéz (2019) destacam:

Não existe cura para indivíduos diagnosticados com autismo, mas existem intervenções que podem melhorar suas habilidades de comunicação, socialização e funções motoras. Sendo um diagnóstico precoce essencial para o prognóstico (p. 03).

Portanto, indo ao encontro da teoria dos autores acima citados, podemos constatar que as melhorias obtidas pelos dois meninos descritos nos relatos clínicos utilizados no presente trabalho deram-se principalmente por seus diagnósticos precoces e intervenções precoces. Sabe-se que na faixa etária até os 36 meses de vida a criança encontra-se numa grande plasticidade neural o que facilita o

aprendizado mais rápido de novas experiências e comportamentos. Assim, com isso, quanto mais tardio tem-se o diagnóstico e o início das intervenções interdisciplinares, maiores podem ser os prejuízos na vida dessas crianças, pois os sintomas se consolidam com o decorrer do tempo (STEFFEN et al, 2019).

## 8 CONCLUSÃO

O TEA é caracterizado por déficits na comunicação, na interação social e na aprendizagem de comportamentos. Seu diagnóstico precoce pode ser realizado a partir da identificação dos seus sinais precoces que se apresentam desde os primeiros meses na vida da criança. Atualmente foi observado um grande aumento nos números de casos de crianças diagnosticadas com o transtorno, e, tal fato está interligado a uma maior discussão e repercussão em mídias sobre o que se trata o TEA. Através da pesquisa realizada no atual trabalho, pôde-se concluir que ter-se um diagnóstico e tratamento precoce de TEA é de fundamental importância para a criança pois, na faixa etária entre 0 e 36 meses de vida o bebê encontra-se numa fase de grande plasticidade neural o que faz com que aprenda novas habilidades mais facilmente.

Ademais, os dois exemplos de casos clínicos aqui retratados serviram para ilustrar toda a teoria que foi debatida durante esta pesquisa. Como dito na análise do caso 1 (de EBM), não nos é apresentado quais os métodos ou instrumentos que foram utilizados por cada um dos profissionais da equipe multidisciplinar. Essa é uma limitação deste trabalho, mesmo que em seções iniciais do texto foi apresentado o que cada um dos profissionais citados nos casos realiza em suas profissões e seus papéis na intervenção precoce de TEA. Assim, esse dado não prejudicou os nossos resultados de que o diagnóstico e a intervenção precoce são benéficos para as crianças com TEA.

Conclui-se que é de grande importância o diagnóstico precoce pois a partir dele tem-se o início nas intervenções precoces, o que faz com que essas crianças trabalhem desde muito cedo (primeiros anos de vida) as habilidades e capacidades que são prejudicadas pelo distúrbio, e, com isso, possam se tornar o mais independente o possível. Diante disso, acha-se importante mais estudos na área para um melhor conhecimento tanto para profissionais de saúde, como para pais e outros profissionais que lidam com crianças autistas.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANDEIRA, D. R.; Silva, M. A. Psicodiagnóstico em casos de suspeita de Transtorno do Espectro Autista. In: Bosa, C. A. Trigueiro, M. C.; Teixeira, V. **Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica**. 3 ed. São Paulo: Hogrefe, 2017. p. 43-61.
- BACKES, B.; MÔNEGO, B. G.; BOSA, C. A.; BANDEIRA, D. R. **Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies**. Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Post-Graduation Program in Psychology, Porto Alegre, RS, Brazil (2014)
- BECKER, H. S. **Método de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BOSA, C. A. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 28(1), 47-53. doi: 10.1590/S1516-44462006000500007.
- BOSA, C. A. & ZANOS, R. (2016). **Psicodiagnóstico e transtorno do espectro autista**. Em D. Hutz, C. Bandeira, Trentini & J. Krug (Eds.), *Psicodiagnóstico* (pp. 308-322). Artmed.
- CARVALHO, F. A.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; BRUNONI, D.; STRAUSS, V. G.; PAULA, C. S. Identificação de sinais precoces de autismo segundo um protocolo de observação estruturada: um estudo de seguimento. **Psico**, V.45, n. 4, pp. 502-512, 2014.
- CANUT, A. C.; YOSHIMOTO, D. M. R.; SILVA G.S.; CARRIJO, P. V.; GONÇALVES, A. S.; SILVA, D.O.F. Diagnóstico Precoce do Autismo: Relato de Caso. **Revista Medicina Saúde Brasília** (2014). V. 3, n. 1, pp. 31-37.
- CASTILHO, C.; MORAES, M.S.; MARÇAL M.M.; FERNANI, V.; PACAGANELLI, D.; SCHICOTTI, F.V.O. et al. Efeitos da hipoterapia no desenvolvimento psicomotor da criança autista: relato de caso. **Colloquium Vitae**. 2018;10(1):73-78
- CAVALCANTE, F.G. **Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003; 432.
- DONVAN, J; ZUCKER, C. **Outra Sintonia: a história do autismo**. Companhia das Letras, 2017.
- DOVGAN, K., & MAZUREK, M. O. (2019). **Impact of multiple co- occurring emotional and behavioral conditions on children with autism and their families**. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- EVÊNCIO, M.; FERNANDES, K. M.; Pimentel, G. História do Autismo: Compreensões Iniciais. Id on Line **Rev.Mult. Psic.**, 2019, vol.13, n.47, p. 133-138. ISSN: 1981- 1179

FIRST, M. B. (2015). Diagnóstico diferencial: passo a passo. In: **Manual de diagnóstico diferencial do DSM-5**. (Fernando de S. Rodrigues, trad.) Porto Alegre: Artmed, pp 1-16.

FREITAG, C. M. The genetics of autistic disorder and its clinical relevance: a review of the literature. **Molecular Psychiatry**, 12, (2007) p.2-22.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas (2008).

LEDERMAN, V. R. G.; NEGRÃO, J. G.; SCHWARTZMAN, J. S. Sinais precoces associados aos transtornos do espectro do autismo. In: Dias, N. M.; Seabra, A. G. **Neuropsicologia com pré-escolares: Avaliação e intervenção**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2018. p.189-204.

LIRA, W. S.; SILVA, I. C. F.; SILVA, T. B.; RIBEIRO, S. D. **Crianças com disforia de Gênero e transtorno do espectro autista: o despreparo dos profissionais da psicologia** (2021). Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero: saberes e resistências. V.1, pp. 2191-2208.

LOCATELLI P. B.; SANTOS M. F. R. Autismo: Propostas de Intervenção. **Revista transformar**. Itaperuna. 2016; n. 8. Pp. 203-2020.

MALHEIROS G. C.; PEREIRA, M. L. C.; MANSUR, M. C.; MANSUR, O. M.F. C.; NUNES, L. R. O. P. Benefícios da intervenção precoce na criança Autista. **Revista Científica Da Faculdade De Medicina De Campos**. 2017;12 (1) 36-44

MATSON, J. L., NEBEL-SCHWALM, M., & MATSON, M. L. (2007). A review of methodological issues in the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 1(1), 38-54.

MAKRYGIANNI, M. K., & REED, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioural early intervention programs for children with autistic spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 4(4), 577-593.

MADI, M. B. B. P. (2004). Reforçamento positivo: princípio, aplicação e efeitos desejáveis. Em C.N. Abreu e H.J. Guilhardi (orgs.) **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas**. Capítulo 2, 41-54. São Paulo: Roca.

MUSZKAT, M.; ARARIPE, B. L.; ANDRADE, N. C.; MUÑOZ, P. O. L.; MELLO, C. B. Neuropsicologia do autismo. In: Fuentes, D.; Diniz, L. F. M.; Camargo, C. H. P.; Cosenza, R. M. **Neuropsicologia. Teorias e Práticas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. pp. 183-193.

OLIVEIRA, J. **Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo**. [Curitiba]: Psicologia Argumento. 2014. p.153-158.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE [Internet]. **Folha informativa - Transtorno do espectro autista**; 2017. [Citado em 2019 de abril 10 ].



OLIVEIRA, G. Autismo: diagnóstico e orientação Parte I - Vigilância, rastreamento e orientação nos cuidados primários de saúde. **Acta Pediatr Port.** 2009;40(6):278-87.

PAULA, C. S., BELISÁRIO, J. F., & Teixeira, M. C. T. V. (2016). Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo?. **Psicologia: teoria e prática**, 18(1), 206-221. Recuperado em 28 de abril de 2021, de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872016000100016&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100016&lng=pt&tlng=pt).

PAULA, C. S.; FILHO, J. F. B.; TEIXEIRA, M. C. T. V. (2016). Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo?. **Psicologia: teoria e prática**, 18(1), 206-221. Recuperado em 28 de abril de 2022, de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872016000100016&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100016&lng=pt&tlng=pt).

PEREIRA, A., R. R.; Wagner, M. (2007). Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12936/000634977.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2022.

PORTOLESE J.; BORDINE D.; LOWENTHAL, R.; ZACHI, C.; PAULA, C.S. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo. 2017;17(2):79-91

RIBEIRO, A. A. G.; MURAD, C. R. R. O. Revisão de literatura sobre os instrumentos de avaliação para rastreamento de sinais precoces de autismo: tipos e resultados alcançados. **Revista Iniciação e formação docente**, V. 7 n.3 (2020).

RIBEIRO, J. F. A. **Perturbação do espectro do autismo**: artigo de revisão das comorbidades associadas. Orientadora: Susana Martins. Trabalho Final do Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/25713>.

ROGERS, S. J.; VISMARA, L. A. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**. 2008. v. 37, n. 1, p. 8-38.

SANTOS, I. M. S. C. dos; SOUSA, P. M. L. de. **Como Intervir na Perturbação Autista**. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0262.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2022

SANTOS, M. F. R. dos. **Dialogando com o Autista**. 2015. Artigo não publicado.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistêmica. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 161-176, 2017

STEFFEN, B. F.; PAULA, I. F. MARTINS, V. M. F.; LOPÉZ, M. L. Diagnóstico precoce de autismo: uma revisão literária. **Revista saúde multidisciplinar** 6ª Ed. (2019). P.1-7.

SILLOS, I. R.; REZENDE, B. J. M.; MARINHO, M. P.; MELO, M. C. M.; RESENDE, L. M.; LENZA, N. F. B.; SILVA, J. P.; REIS, S. T. A importância de um diagnóstico precoce do autismo para um tratamento mais eficaz: uma revisão de literatura. **Revista Atenas Higeia**. V. 2, n. 1. 01-08 (2020).

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

SILVA, H. J. R.; PASSETO R. D.; BARCELOS, L. B. Contribuições do método ABA para a criança autista nos anos iniciais do ensino fundamental. **Revista da Graduação UNIGOIÁS**. Jan/Jun – 2022 v. 3 – nº 1.

VASCONCELOS, R. M. A. R. L. **Autismo infantil**: A importância do tratamento precoce. Universidade Federal De Alagoas – UFAL. 2009

YIN, R. K. (2001) **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 2. ed., Porto Alegre: Bookman.

ZANON, R. B. **Déficit na iniciativa de atenção compartilhada como principal preditor de comprometimento social no transtorno do espectro autista**. Orientadora: Cleonice Alves Bosa. 2012. 105 f. Dissertação (mestrado em psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, março de 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56626/000860303.pdf?sequence>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

ZANON, R.B.; BACKES B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2014; 30 (1) 25-33

