

UNIVERSIDADE DE UBERABA
JENNY LUCIO DE FREITAS

TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA) - PÓS-DIAGNÓSTICO

UBERABA – MG

2022

JENNY LUCIO DE FREITAS

TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA) - PÓS-DIAGNÓSTICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade de Uberaba como parte das exigências para a conclusão Curso de Psicologia.

Orientadora: Camila

UBERABA – MG

2022

AGRADECIMENTO

Eu agradeço e dedico esse trabalho a Benjamim Minguini, pois gostaria que quando crescesse soubesse o quanto te amo e me importo com sua felicidade. Você é um escolhido de Deus e um presente em nossas vidas.

As crianças especiais, assim como as aves, são diferentes em seus vôos. Todas, no entanto, são iguais em seu direito de voar.

Jéssica Del Carmen Perez

FREITAS, Jenny L.; **Transtorno de Espectro Autista (TEA) - Pós-Diagnóstico.** Uberaba/MG, 2022. Monografia. 35 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) Universidade de Uberaba. Orientadora: Prof.^a Camila.

RESUMO

O desenvolvimento humano é um processo contínuo na vida do indivíduo e em cada etapa há desafios para serem enfrentados. O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) ocorre nos primeiros anos de vida da criança, e é marcado por possíveis conflitos internos e externos da família, sendo necessário um olhar multiprofissional para essa família que está recebendo a notícia, considerando, principalmente, que é uma doença crônica que afeta o desejo do filho perfeito e que cada autista é único, portanto, precisa de um olhar diferenciado. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar o papel do psicólogo na conscientização, elaboração do luto do filho idealizado e orientação dos pais com filho diagnosticado com TEA. A metodologia utilizada para a realização do trabalho trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura que investigou artigos, teses, monografias e livros dos últimos dez anos, a partir de consultas às bases de dados CAPES, SciELO e PePSIC, considerando publicações em Língua Portuguesa, resultando em um aproveitamento de 41 artigos de 65 artigos científicos selecionados. Os resultados encontrados giram em torno dos profissionais que muitas das vezes não estão preparados para dar a notícia para esses pais, o que pode dificultar o processo do luto, sendo necessário um trabalho multiprofissional com um olhar único a cada paciente com autista; foi possível perceber que poucos são os programas destinados a essas famílias que recebem esse diagnóstico; há falta de programas de psicoeducação, sendo esse programa o que tem melhor resultados juntamente com a terapia individual e grupos de aconselhamento.

Palavras-chave: Autismo. Diagnóstico. Filho Idealizado. Luto. Papel do Psicólogo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
METODOLOGIA	8
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	9
O Transtorno de Espectro Autista	9
Meu filho tem transtorno de espectro autista, e agora?.....	16
Lidando com o pós diagnóstico.....	23
COSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO

O período de gestação e de espera para o nascimento de um filho, é geralmente vivenciado pelos pais com inúmeras expectativas, o bebê já começa a fazer parte dos planos futuros de toda família, começa-se a idealização de um filho com toda sua capacidade de desenvolvimento psíquica, intelectual e físicas normais. Quando se pensa em uma criança, se reflete nela um sujeito que tem a vida inteira pela frente, que brinca, descobre e cresce a cada dia. Assim, diante de um diagnóstico sobre TEA, quando não se tem conhecimento, pode vir a manifestar o sentimento de um filho deficiente e cheio de limitações, sem possibilidades de aprender, evoluir e crescer. Contudo a frustração e o luto de se perder aquele filho idealizado se torna inevitáveis (autor, ano).

Segundo Freud (1915/1996 *apud* OLIVEIRA; POLETTTO, 2015), essa perda tem os seguintes aspectos: “[...] as causas excitantes se mostram diferentes [comparadas às do luto], pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal. O objeto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor” (p. 113). Sendo assim, a perda desse filho idealizado tem a característica da perda de um ideal, ou seja, a perda de um sujeito que não se constitui efetivamente na realidade.

A visão do autismo como espectro é um tema recente, tendo em vista que apenas em sua quinta edição, em 2013, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (referência mundial para médicos, psicólogos e pesquisadores), DSM-5, definiu o conceito de transtorno do espectro do autismo (TEA). Para que um diagnóstico de autismo seja válido, ela precisa abordar pelo menos dois sintomas presentes no DSM-5, a saber: déficits sociais e de comunicação e comportamentos repetitivos e estereotipados (FERNANDES, 2019).

Após a confirmação do diagnóstico é importante que os pais tenham todas as informações sobre o transtorno, principalmente por ser complexo, delicado e desafiador, sendo necessário um equipe multiprofissional para que a notícia e tratamento seja dado com excelência, ressaltando que após a confirmação de qualquer doença em algum familiar irá mudar toda a dinâmica da família, quando essa doença é crônica e quebra expectativas do filho ideal para o filho real, as mudanças vão desde o âmbito financeiro ao físico, psíquico e social (PINTO *et al.*, 2016; FÁVERO e SANTOS, 2005 *apud* SILVA, 2017).

As contribuições da psicologia nesse contexto são importantes para os pais e para a criança diagnosticado com TEA, nesse trabalho será ressaltado a visão dos pais diante

do diagnóstico, mostrando a necessidade que esses possuem de acompanhamento e intervenções (autor, ano).

A partir do que foi dito a cima o objetivo é identificar o papel do psicólogo na conscientização, elaboração do luto do filho idealizado e orientação dos pais com filho diagnosticado com TEA, conceitualizando o Transtorno de Espectro Autista e seu percurso histórico, analisando os possíveis impactos do diagnóstico do TEA para os pais e as intervenções com os pais.

Diante disso, o objetivo deste estudo será identificar na revisão da literatura, estudos que tragam informações relevantes sobre o TEA, visto que não se tem ainda respostas pela o qual se origina, gerando insegurança e medo, o luto do filho idealizado, a frustração e a elaboração de forma afetiva, para que junto com trabalho multiprofissional, encontre qualidade de vida para pais e filhos com TEA.

MÉTODO

O presente estudo consistirá em uma pesquisa de revisão narrativa da literatura. De acordo com Rother (2007), os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, adequadas para descrever e discutir desenvolvimentos sobre um determinado tema do ponto de vista teórico ou conceitual. Esses textos constituem a interpretação do autor e a análise da literatura científica em uma análise crítica. Embora a força de sua evidência científica seja considerada baixa devido à sua incapacidade de replicar seus métodos, o comentário narrativo pode facilitar o debate sobre determinados temas, dissipar dúvidas e auxiliar na aquisição e atualização do conhecimento em um curto período de tempo.

Esse tipo de pesquisa visa não só relacionar as variáveis de análise central, bem como apresentar subsídios de informações que possam servir de diretrizes para ações de transformação da realidade. Nesse sentido, os resultados serão apresentados sobre forma qualitativa, a partir da coleta de informações de revisão bibliográfica, através de artigos científicos (autor, ano).

As bases de dados da pesquisa seguirão nas plataformas (*Scientific Electronic Library Online*) e PePSIC (Portal Periódicos Eletrônicos de Psicologia). Foram considerados artigos em Língua Portuguesa publicados nos últimos 10 anos, entre os anos de 2011 a 2022. As palavras chaves utilizadas foram: Autismo, Diagnóstico, Filho Idealizado, Luto e Papel do Psicólogo.

Foram consultados 65 materiais científicos, mas aproveitados respeitando esse estudo 41 materiais científicos, estando entre eles: artigos, documentos produzidos pela OMS e livros sobre a temática. Foram utilizados como critérios de exclusão teses, monografias, artigos anteriores a 2011, artigos que se distanciaram da temática, artigos em língua inglesa, espanhola e outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno de Espectro Autista

A primeira descrição do que viria ser o autismo foi realizado pelo psiquiatra Leo Kanner em 1943, e nomeou como Transtorno Autístico do Contato Afetivo, sendo dificuldades de relacionamento social, presença de maneirismos motores, resistência a mudanças e adeptos a uma rotina bem definida as principais características para diagnóstico (FERNANDES, 2019).

Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008) dizem que é uma condição com propriedades comportamentais específicas, sendo: perturbações das relações afetivas com o meio, isolamento extremo, inabilidade no uso da linguagem, presença de boas potencialidades cognitivas, aparência física normal, comportamentos ritualísticos e predominância no sexo masculino.

Em 1956, Kanner segue [...] descrevendo o transtorno como uma psicose e as primeiras alterações sobre o mesmo surgem em 1976 quando Ritvo relaciona o Autismo a um déficit cognitivo, sendo assim, passa a ser considerado um distúrbio de desenvolvimento, por isso, a relação autismo-deficiência mental passa a ser cada vez mais considerada, desassemelhando-se então das classificações francesa, americana e a da Organização Mundial da Saúde. A classificação americana e da OMS enquadram o autismo dentro da categoria "distúrbios abrangentes de desenvolvimento" enquanto a classificação francesa remete-nos ao conceito de "defeito de organização ou desorganização da personalidade" (ASSUMPCAO; PIMENTEL, 2000, p.37-39).

Somente em 1978 o psiquiatra Doutor Michael Rutter acrescentou a condição genética, subclassificando em desvios sociais, dificuldades sócias comunicativas, desajustes motores e maneirismos característicos (FERNANDES, 2019).

O psiquiatra Hans Asperger que descobriu a Síndrome de Asperger, que se conhece nos dias atuais como Espectro do Autismo, ou em inglês *autistic continuum* ou *autistic spectrum*. Asperger, em 1943, descreve as características da síndrome como por dificuldades de integração social das crianças, mas que, à diferença das descritas por

Kanner, possuíam um bom nível de inteligência e linguagem e os sintomas apareciam após o terceiro ano de vida (CORRÊA, 2017; DIAS, 2015).

Segundo Bosa (2006), o autismo é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento que envolve graves dificuldades ao longo da vida nas habilidades sociais e comunicativas além daquelas atribuídas ao atraso global do desenvolvimento e também comportamentos e interesses limitados e repetitivos.

Sanini & Bosa (2015) revelam de acordo com a APA (American Psychiatric Association (2013) as manifestações das dificuldades do autismo podem variar de acordo com a idade cronológica da criança e o seu nível de desenvolvimento.

A visão do autismo como espectro é uma temática recente, levando em consideração que somente em 2013 na sua quinta edição que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (um referencial mundial para médicos, psicólogos e pesquisadores), o DSM-5, definiu o conceito de Transtorno de Espectro Austista (TEA). Para que o diagnóstico de autismo seja efetivado ela precisar apresentar pelo menos dois sintomas do que estão presente no DSM-5, sendo eles: deficiências sociais e de comunicação e comportamentos repetitivos e estereotipados (FERNANDES, 2019).

Os critérios diagnósticos essenciais apresentados no DSM-5 sustentam-se em dois pilares: Critério A – déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos; Critério B – padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (FADDA; CURY, 2019, p. 1).

A partir do DSM-5 que os distúrbios que antes eram independentes começaram a serem analisados como um transtorno com níveis diferentes, essas distúrbio eram: Autismo Infantil Precoce, Autismo Infantil, Autismo de Alto Funcionamento, Autismo Atípico, Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, Transtorno Desintegrativo da Infância e Síndrome de Asperger (FERNANDES, 2019).

Segundo a autora Silva *et al* (2012, p. 6 *apud* OLIVEIRA, 2016, p. 12)

o TEA é “um transtorno global do desenvolvimento infantil que se manifesta antes dos 3 anos de idade e se prolonga por toda a vida”. Para a mesma autora, e também para outros autores, o TEA caracteriza-se por “um conjunto de sintomas que afeta as áreas da socialização, comunicação e do comportamento”, e salienta que, dentre estas áreas, geralmente a mais comprometida é a interação social.

De acordo com os estudos de Oliveira (2016, p. 13) o TEA é classificado pelos graus sendo o mais leve o menos comprometido e o mais alto grau com um comprometimento maior:

a) Traços de autismo (cujas características são bem leves);

- b) Síndrome de Asperger (possuem alguns comprometimentos básicos, mas com um nível intelectual e de habilidades importantes);
- c) Autismo de alto funcionamento (os savant);
- d) Autismo Clássico (o que apresenta maior comprometimento, inclusive intelectual).

O Autismo tem sua etiologia ainda desconhecida, porém, nos dias de hoje, está sendo considerado como uma síndrome de origem multicausal que envolve fatores genéticos, neurológicos e sociais da criança. É estimado que a prevalência mundial do TEA esteja em torno 70 casos para cada 10.000 habitantes, sendo quatro vezes mais comum em meninos (PINTO *et al*,2016).

Segundo Levenson (2015 *apud* PINTO *et al*,2016), no Brasil, mesmo com os pouquíssimos estudos epidemiológicos que possam melhor estimar os dados nacionais, foi constatado em uma pesquisa recente que os índices de acometimento pelo autismo são de 27,2 casos para cada 10.000 habitantes.

Segundo o *Center for Disease Control* (2010 *apud* MAIA *et al*, 2016) a predominância do TEA (Transtorno de Espectro Autista) é de 1/68, ou seja, 1,47% da população mundial, apesar disso ainda não existe estudos que apontam esses dados no Brasil, porém é observável o aumento nas ultimas décadas de identificação precoce e diagnostico no país.

Com isso, a temática ganhou um espaço nas políticas públicas na área da saúde e educação em 2012 com a Lei nº 12.764 é que a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e em 2013, o Ministério da Saúde institui as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (BRASIL, 2012 e BRASIL, 2013 *apud* CEZAR e SMEHA, 2016).

Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada pela Presidente da República, Dilma Rousseff, a Lei Nº 12.764 (Lei Berenice Piana), que prevê a política nacional da proteção dos direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esta lei, no seu art. 1º, §2º, deixou claro que o indivíduo diagnosticado com o espectro autista é considerado pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com TEA - incluída nas classes comuns de ensino regular - terá direito a acompanhante especializado (BRASIL, 2012*apud* OLVEIRA, 2016, p. 25).

Klin (2006 *apud* GUEDES; TADA, 2015) acrescenta que o conceito de autismo é heterogêneo incluindo diversos sintomas e manifestações em diferentes níveis de desenvolvimento e funcionamento, apesar da tentativa da APA, em 2013, de tentar delimitar e simplificar o mesmo.

No *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em 1968, o autismo no DSM II era classificado como quadro “esquizofrenia de início na infância”, sendo retirado no DSM III da categoria de psicose e nomeado como distúrbios invasivos do desenvolvimento. No DSM IV, 1991, como prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento é considerado um distúrbio global do desenvolvimento. No DSM- 5 é categorizado como Transtornos do Neurodesenvolvimento e visto como espectro, sem retirado a subcategorias dos “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” ficando somente Transtorno do Espectro do Autismo, sendo utilizada a presença ou ausência de comprometimento intelectual, comprometimento estrutural da linguagem, condições médicas ou perda de habilidades anteriormente adquiridas como identificadores de variação (DIAS, 2015).

A causa mais aceita, segundo os autores Chaste; Leboyer (2012 *apud* FADDA; CURY, 2019) é uma combinação de fatores genéticos e ambientais que aflige o neurodesenvolvimento ainda no período pré-natal, perinatal ou pós-natal.

O Transtorno do Espectro do Autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento e não um transtorno neurodegenerativo, portanto, é uma condição geral para um grupo de desordens complexas do desenvolvimento do cérebro antes, durante ou logo após o nascimento (SILVA; OLIVEIRA, 2015, p. 21).

Atualmente o diagnóstico do autismo é emitido com base em critérios clínicos do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) e no DSM-V, apesar de não existir procedimentos ou exames que confirmem exclusivamente o diagnóstico do autismo, existem alguns que eliminam outros quadros patológicos, além disso, o autismo não possui cura sendo, portanto, permanente e persistente (GUEDES; TADA, 2015).

Devido ao repertório extenso de características, o DSM-IV pode ser subdividido em cinco grupos, sendo eles: I- transtorno autista (autismo clássico), II-Síndrome de Asperger (desenvolvimento da linguagem na idade esperada, nenhum retardo mental), III- transtorno desintegrativo (regressão comportamental, cognitivo e da linguagem entre as idades de 2 e 10 anos após o desenvolvimento inicial inteiramente normal, incluindo a linguagem), IV-TGD - transtorno global do desenvolvimento- não especificado (indivíduos que têm características autistas e não se adaptam a qualquer dos outros subtipos) e V-Síndrome de Rett sendo um distúrbio genético do desenvolvimento do cérebro pós-natal, causada por um defeito de um único gene que afeta predominantemente meninas (SANTOS *et al* 2016, p.37-41).

De acordo com Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008), na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, os Transtornos Globais do Desenvolvimento foram classificados como um grupo de alterações, descrita por

alterações qualitativas da interação social e modalidades de comunicação, e por uma compilação de interesses e atividades restrita e estereotipada. Tais anomalias qualitativas dão existência a uma característica global do funcionamento do indivíduo.

Na revisão dos critérios diagnósticos utilizados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV também foi sugerido a classificação tanto do Autismo Infantil, quanto da síndrome de Asperger, como subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Essa secção diagnóstica determinou-se pelos danos severos nas áreas de interação social e restrição de interesses e atividades. (TAMANAHA; PERISSINOTO, CHIARI, 2008).

O autismo é uma síndrome intrigante porque desafia nosso conhecimento sobre a natureza humana. Compreender o autismo é abrir caminhos para o entendimento do nosso próprio desenvolvimento. Estudar autismo é ter nas mãos um “laboratório natural” de onde se vislumbra o impacto da privação das relações recíprocas desde cedo na vida. Conviver com autismo é abdicar de uma só forma de ver o mundo. É pensar de formas múltiplas e alternativas sem, contudo, perder o compromisso com a ciência (e a consciência) – com a ética. (BAPTISTA, 2002, p. 83 *apud* SILVA ;OLIVEIRA, 2015, p. 24).

Assim sendo, o indivíduo com autismo, como dito anteriormente, possui prejuízo na comunicação, na interação social e possui comportamentos repetitivos. Esse comportamento muitas vezes não possui uma finalidade definida, causando estranheza a terceiros, além disso, são caracterizados por serem metódico, sendo necessária uma rotina e ao modificar a mesma traz desconforto para esse. A interação social é de grande dificuldade para esses individuo como sustentar o olhar dos outros, sons, movimentos e muitas pessoas falando ao mesmo tempo, causando insegurança e desorientação. Enquanto comunicação possui dificuldade em entender metáforas, duplos sentidos, sutilezas, decifrar gestos, movimentos e intenções através da face (LOCATELLI; SANTOS, 2016).

Pesquisas também revelam que as pessoas com TEA não conseguem “juntar partes de informações para formar um todo”, ou seja, elas não entendem como esse todo acontece, pois, centralizam sua atenção nos detalhes, sem levar em conta o contexto histórico da atual situação onde está inserido(SILVA et al, 2012, p.129 *apud* OLIVEIRA, 2016, p. 15).

Maia *et al.* (2016) ressalta que essas manifestações clínicas citas no Autismo se mostra presente antes dos 36 meses de idade, tornam visivelmente mais aparente quando a criança esta em um contexto social, como na escola. Desse modo, esse assunto precisa ser pauta nos profissionais da área da saúde, educação e áreas fins, principalmente os que possuem como publico essa faixa etária, para que estejam preparados para atuar frente a esses casos (SILVA; MILICK, 2012).

O tratamento do autismo é complexo, sendo comum fazer uso da abordagem medicamentosa para reduzir os sintomas, que geralmente impedem o encaminhamento do paciente para programas de estimulação e educacionais. Dessa forma para estes pacientes crônicos, o atendimento terapêutico é estendido por longos períodos, exigindo monitoração constante dos profissionais envolvidos. (ASSUMPCAO; PIMENTEL, 2000).

Em vários países, como nos Estados Unidos, a média de idade das crianças diagnosticadas tem sido de 3 a 4 anos (CHAKRABARTI e FOMBONNE, 2001, 2005; CHARMAN e BAIRD, 2002; FILIPEK *et al.*, 1999), mas, mesmo assim, muitos pais já começam a notar que existe algum problema com a sua criança antes do segundo ano de vida e, em alguns casos, até no primeiro ano de vida da criança (CHARMAN e BAIRD, 2002). Desse modo, tem se tornado cada vez mais possível diagnosticar crianças com idades entre 18 e 24 meses (GOLDBERG *et al.*, 2003; LORD, SHULMAN, e DILAVORE, 2004; SIPERSTEIN e VOLKMAR, 2004; WERNER e DAWSON, 2005) ou até mesmo mais novas – entre 6 e 12 meses (CHARMAN e BAIRD, 2002; FILIPEK *et al.*, 1999; ZWAIGENBAUM *et al.*, 2005). No Brasil, por outro lado, nossa experiência prática tem indicado que, em vários Estados, muitas crianças ainda permanecem com um diagnóstico em aberto até as idades de 6 ou 7 anos e até mesmo por mais tempo (*apud* SILVA; MULICK, 2012, p. 118).

Salienta-se que o indivíduo pode apresentar inúmeros sintomas comportamentais entre 2 e 3 anos de idade e por isso a subdivisão em grupos. De acordo com Rapin (1991 *apud* ROMA, 2015) existem níveis diferentes de comprometimento no TEA (Transtorno no Espectro do Autismo), mas os sintomas manifestam nos primeiros três anos de vida e afetam a habilidade de comunicação, interação, uso da imaginação e do uso de brinquedos com a finalidade simbólica. Ainda pode observar comportamentos repetitivos e estereotipados e repertório restrito de interesses.

[...] O atendimento de crianças com autismo ocorre a partir da construção de uma relação primordial com o terapeuta. É importante que a criança possa fazer-se ouvir, fazer-se ver, para que, então, possam ser realizadas as construções que deveriam ter acontecido nos primeiros anos de vida (SIELSKI & CARDOSO, 2004 *apud* MARQUES; ARRUDA, 2007).

Segundo Zanon (2014) os primeiros sintomas, que despertam atenção dos pais são; um atraso significativo na comunicação expresso na linguagem e na fala da criança.

O autismo na infância é o mais conhecido, e é notado que nessas condições há um permanente prejuízo nas interações sociais, limitações ou alterações na comunicação e interesses. Essas questões tornam-se evidentes por volta dos três anos de idade e em média 60 a 70% das crianças com autismo funcionam na faixa do retardo mental, embora estudos recentes demonstrem uma queda considerável nesse percentual. Mudança essa que demonstra que o olhar a essa condição possibilitou um maior número de indivíduos diagnosticados (FOMBONNE, 2005, p. 45).

Para Zanon e Bosa (2014), nos últimos anos, o termo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) tem sido usado com várias nomenclaturas referindo-se a uma categoria de pessoas com doenças do neurodesenvolvimento, geralmente incluindo autismo de Asperger, desintegrativo da infância e transtornos global do desenvolvimento não especificados, também conhecidos como autismo atípico.

O TEA é uma condição que tem início precoce e cujas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento do indivíduo, ao longo de sua vida, ocorrendo uma grande variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia, nas áreas que definem o seu diagnóstico. Atualmente, o TEA é compreendido como uma síndrome comportamental complexa que possui etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais (Rutter, 2011). Até o momento, as bases biológicas que buscam explicar a complexidade do transtorno são apenas parcialmente conhecidas e, por isso, a identificação e o diagnóstico do transtorno baseiam-se nos comportamentos apresentados e na história do desenvolvimento de cada indivíduo (ZANON ; BOSA, 2014, p. 25).

Atualmente, avanços e inovações em genética, neurobiologia e ciências relacionadas à neuroimagem estão tentando esclarecer a natureza dessas relações e a formação social das pessoas com esta doença. Com isso, criou-se a possibilidade de acompanhamento neonatal desses indivíduos, proporcionando uma nova perspectiva sobre os fatores relacionados à doença (KLIN, 2006)

Quando o profissional de saúde opta por uma intervenção, deve ficar claro que não há evidências de que certas coisas podem "curar" as necessidades das pessoas afetadas pela doença e que diferentes métodos podem trazer resultados diferentes, dependendo do estado da criança. A eficácia depende da idade, grau de déficit cognitivo e de linguagem (BOZA, 2006).

A eficácia da intervenção também pode variar dependendo da experiência e conhecimento dos profissionais envolvidos, levando em consideração a capacidade de trabalhar em equipe, pois as disputas pelo diagnóstico são estressantes e desnecessárias para o tutor e a criança (BOZA, 2006).

Desse modo, a pesquisa aponta que os quatro aspectos básicos do tratamento servem como estímulos para o desenvolvimento social e comunicacional, aprimoram as habilidades de aprendizagem e resolução de problemas e reduzem os comportamentos que interferem no aprendizado e o excesso de novas experiências cotidianas. Por fim, ajude as famílias a lidar com o autismo (BOZA, 2006).

Oliveira (2016) salienta que para compreender uma pessoa com TEA é necessário entender o seu jeito de pensar, relacionar e agir, sendo assim, o vendo com um individuo que possui modos diferentes e necessita de respeito.

Meu filho tem transtorno de espectro autista, e agora?

A maternidade e a paternidade se iniciam antes do nascimento da criança, a qual requer muito preparação para a chegada desse bebe, desde a escolha de nome e organizar o quarto á estudos e pesquisas. A mulher é preparada desde cedo para ser mãe com isso idealiza o filho desejado (FERREIRA, COSTA; COUTO, 2018 *apud* SILVA, 2020).

A família durante a gravidez deseja que essa criança nasça com saúde e perfeito, ou seja, com os padrões convencionais, porém esses desejos não são do controle (ALVES, 2012 *apud* SILVA, 2020).

O imaginário acerca do filho que irá nascer pode oferecer a qualquer momento, seja quando este nasce com alguma deficiência física ou sensorial, seja ao longo do desenvolvimento com algum tipo de doença crônica, ou ao longo da vida caso se torne usuário de algum tipo de substância psicoativa (ALVES, 2012 *apud* SILVA, 2020, p. 17).

O diagnóstico de Transtorno de Espectro Autista é um momento difícil já que um filho com características atípicas trará mudanças na dinâmica familiar, na saúde dos pais e nos papéis parentais, colocando a prova os limites da maternidade e paternidade (GRAEL, 2007 *apud* FERREIRA; SMEHA, 2018).

Segundo Heringer e Querino (2019) muitas pesquisas mostram a importância da intervenção precoce em TEA.

A diferença que cada dia de tratamento faz no resultado terapêutico final em pessoas com TEA, especialmente, considerando o período de desenvolvimento no qual o cérebro é “altamente plástico e maleável” até aos três anos de idade, é tão significativo que o seu direito à saúde não deve ser visto apenas como o direito a um diagnóstico e ao tratamento possível. Mas, como um direito mais amplo a um diagnóstico precoce, e o tratamento o quanto mais cedo possível (HERINGER; QUERINO, 2019, p. 345).

Segundo Cardoso *et al.* (2012 *apud* PINTO *et al.*, 2016) reconhecer os sintomas que são manifestados pelas crianças com autismo é fundamental para a obtenção do diagnóstico precoce, já que essas são identificadas pela rede de contato dessa criança, sendo eles pais, cuidadores e familiares.

As possíveis causas para não obtenção de um diagnóstico precoce é a inexistência de exames específicos para a síndrome, sendo baseado no histórico da criança, somando os diversos sintomas e ausência de treinamentos específicos de

profissionais (PINTO *et al.*, 2016). “O diagnóstico e tratamento precoce de disfunções pediátricas são essenciais para a evolução clínica da criança, pois a viabiliza em alcançar resultados positivos em nível físico, funcional, mental e social” (BRISSON *et al.*, 2012 *apud* PINTO *et al.*, 2016, p.5).

Outro problema frequente no diagnóstico de TEA, apesar dos sinais e sintomas característicos, as mães possuem dificuldade para obter a confirmação do diagnóstico, passando assim por diversos profissionais e serviços de saúde (SCHMIDT, 2004 *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA; RIBEIRO, 2018; EBERTB, LORENZINIC e SILVA, 2015 *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA e RIBEIRO, 2018). Essa confirmação é importante para a família, mas principalmente para a mãe que precisa se reorganizar para atender as necessidades do filho (SMENHA; CEZA, 2011 *apud* FERREIRA e SMEHA, 2018).

Frequentemente são as mães que identificam os sintomas e buscam tratamento e acompanhamento dos seus filhos, tornando responsáveis pela medicação e mediadoras das reações dessa criança, apesar que toda a família sofra alterações na rotina necessitando se ajustar as necessidades da criança com autismo (SCHMIDT e BOSA *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA e RIBEIRO, 2018; SMEHA e CEZAR, 2011 *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA e RIBEIRO, 2018; MINATEL e MATSUKURA, 2014 *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA; RIBEIRO, 2018).

Embora ainda seja uma síndrome incurável, é importante ressaltar que, após o diagnóstico precoce, o comportamento, as habilidades motoras, interpessoais e a comunicação da criança podem ser desenvolvidas. No entanto, é importante que os pais possam incentivá-los, superar as diferentes aparências e integrá-los ao meio social (BRISSON *et al.*, 2012 *apud* PINTO *et al.*, 2016).

O diagnóstico de uma doença crônica, com o TEA, causa impactos no contexto familiar com mudanças de rotina, readaptação de papéis e efeitos no âmbito ocupacional, financeiro e nas relações familiares, e frente a esse diagnóstico esses familiares passam por estagio, como o momento de impacto, negação, luto, enfoque externo e encerramentos, todos com algo em comum, sentimentos difíceis e conflituosos (EBERT, LLORENZINI e SILVA, 2013 *apud* PINTO *et al.*, 2016).

Para Fávero e Santos (2005 *apud* MONTE; PINTO, 2015) a família passa por estresse vinculado a diversos fatores como “as comparações ou associações de que na família exista um membro com transtorno autista, a rotina diária de terapias, visitas

constantes aos médicos, remédios, fatores financeiros” (p.5), e esses fatores influenciam diretamente no emocional da família.

Em contraponto Paniagua (2004 *apud* MONTE; PINTO, 2015) diz que o diagnóstico da família gera um sentimento de solidariedade entre os membros dessa família, assim como também pode ocorrer a ruptura por não concordarem com algo referente a educação, diagnósticos e afins.

Para Pinto *et al* (2016) o diagnóstico de autismo é um momento complexo, delicado e desafiador para todos que a volta, equipe de profissionais e família. É importante que essa equipe seja uma multiprofissional, que apesar dessa notícia ser dada pelo médico, muitas vezes por falta de tempo, inabilidade em comunicação e apoio emocional faz com que crie barreiras, sendo necessária essa equipe de profissionais para acolher, esclarecer e compartilhar questionamentos, angústias e as necessidades da família no momento do diagnóstico, indo, portanto, além da patologia, posto que a aceitação aconteça a partir do conhecimento da mesma, como formas de tratamento e perspectivas.

Como citado anteriormente, o contexto do diagnóstico é de extrema importância, influenciando positivamente ou negativamente na aceitação do mesmo, mesmo que envolvido sentimentos de angústia e tristeza. Um dos fatores que propicia uma influência positiva é o ambiente físico tranquilo, confortável e com privacidade (ARAÚJO; LEITÃO, 2012 2013 *apud* PINTO *et al.*, 2016).

Compreende-se que a notícia de um diagnóstico para a família, a depender da doença, é algo devastador e diante deste aspecto é necessário que a forma e o ambiente onde seja transmitida essa informação devem ser envolvidos por intensa aproximação e interação entre o médico, demais profissionais de saúde, paciente e familiar, tornando-os menos distantes. Ademais, a ausência de um ambiente propício para o diagnóstico pode comprometer a relação dialógica entre o profissional e os receptores, impedindo que os últimos se sintam a vontade para externar seus sentimentos e solicitar explicações sobre a doença e o tratamento a ser seguido (PINTO *et al.*, 2016, p.6).

Outro fator influenciador é a comunicação verbal, sendo que essa é o principal demonstrador de cuidado perante o diagnóstico sem cura, sendo necessária a compreensão do profissional da saúde nas singularidades de cada indivíduo colocando como base a experiência e familiaridade com termos técnicos, já que muitas vezes essas notícias são dadas de formas mecanizadas, ou seja, com discursos prontos (PINTO *et al.*, 2016).

A notícia deve ser exposta de forma clara, honesta, respeitosa, compreensível e considerando as características sociais e culturais do paciente e seus familiares, evitando-se jargões, visto que a perceptibilidade da mensagem e

o entendimento desta estão intimamente relacionados a maneira como o profissional transmite a informação (ARAÚJO; LEITÃO, 2012 *apud* PINTO *et al.*, 2016, p.6).

Como já citado, o momento do diagnóstico é atravessado por diversos sentimentos e sensações, já que a chegada de um filho é o início de um novo ciclo que é idealizado pelos pais e familiares, e quando algo sai do plano desejado dos esses idealizadores são afetados (EBERT, LLORENZINI; SILVA, 2013 *apud* PINTO *et al.*, 2016), causando sofrimento psicológico para os pais que passam por uma não aceitação da deficiência do filho (RODRIGUES, FONSECA; SILVA, 2008 *apud* FERREIRA e SMEHA, 2018).

De acordo com Smeha e Cezar (2011 *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA e RIBEIRO, 2018), as mães, como citado anteriormente são as responsáveis pela descoberta do diagnóstico, por isso as autoras do artigo a usam como referência, passando desde a resistência inicial até perceber a diferença e aceitar la, observando o contraste existente entre o filho sonhado e o filho real; ressaltando as singularidades da demanda da criança com TEA, como dificuldade na realização de tarefas das sua fase de desenvolvimento (SIFUENTE; BOSA, 2010 *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA e RIBEIRO, 2018).

Durante a gestação a imagem de um filho é criada, assim como os planos para ele no futuro, sendo essa construção criada a partir das identificações, aspirações e frustrações dos pais, porém muitas vezes essa expectativa não se torna real (CONSTANTINIDIS, SILVA; RIBEIRO, 2018). Quando a criança com autismo nasce as características físicas e cognitivas não possuem nem uma anormalidade aparente, porém quando a criança vai crescendo, e essas diferenças das características das crianças típicas vão aparecendo, a mãe pode querer não enxergar essa realidade (TEXEIRA; MORAIS, 2008 *apud* CONSTANTINIDIS, SILVA; RIBEIRO, 2018).

Esse impacto causado faz com que a família vivencie as fases do luto que será apresentada nesse mesmo capítulo, além disso, é frequente o sentimento de culpa, e esses sentimentos são ampliados pelos envolvidos não saberem sobre esse transtorno, mostrando a importância de ampliar os conhecimentos sobre essa patologia além do seu nome (REDDY, MARKOVA e WALLOT, 2013 *apud* PINTO *et al.*, 2016; BÖLTE *et al.*, 2012 *apud* PINTO *et al.*, 2016).

a negação dos familiares de que a criança tenha uma alteração patológica, seja justificável devido ao medo do desconhecido, do isolamento social e da rejeição da sociedade, visto que, o estigma e a segregação dado a uma criança com deficiência constituem efeitos desagradáveis, especialmente quando são

vivenciados no âmbito familiar (EBERT, LLORENZINI; SILVA, 2013 *apud* PINTO *et al.*, 2016, p.5).

Na pesquisa sobre o Transtorno do Espectro Autista realizada por Maia Filho *et al.* (2016 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2020) que tinha como objetivo entender a importância da família no cuidado da criança autista. Nessa pesquisa foram divididos os pais que aceitaram de maneira natural e os pais que passaram pelo processo de luto, muitos descreveram que passaram pelo luto de forma rápida por já terem familiares com TEA.

O nascimento do filho com algum tipo de transtorno traz consigo alterações de expectativas e sonhos desses pais e famílias, e essas expectativas quando não são realizadas, essa quebra causa ansiedade nos pais, levando-os ao processo de luto (PENNA, 2006 *apud* MAIA FILHO *et al.*, 2016).

Muitas das vezes os pais não podem sofrer por essa quebra de expectativa, sendo cobrados por ações e atitudes, precisando ser indiferentes pela realidade que está sendo representada e pelos sentimentos. É necessário que esses pais vivenciem o luto (ALVES, 2012 *apud* SILVA, 2020).

Esse entendimento sobre a deficiência do filho é um processo sobre o conhecimento de fato e assimilação do ocorrido, e pode ser um processo rápido como pode ser que nunca aconteça (PANIGUA, 2008 *apud* SILVA, 2020).

As etapas que os pais trilharam até a aceitação da deficiência do filho são muito similares às do luto. Há sempre um sentimento de perda quando se tem um filho com deficiência: os pais têm de renunciar à expectativa que todo pai alimenta de ter um filho sem nenhuma dificuldade, inclusive um filho ideal e perfeito (PANIAGUA, 2008, p. 334 *apud* SILVA, 2020, p. 15 - 16).

O impacto de se receber um diagnóstico de doença crônica pode por vezes ser comparado ao luto, no Dicionário Online de Português encontra-se como “*substantivo masculino*: sentimento de tristeza profunda pela morte de alguém ou originado por outras causas; amargura, desgosto.” O processo de luto está entre a dinâmica dos dois pólos: a vida e a morte. Para uma melhor compreensão desse processo de luto e seu processo a cerca de um diagnóstico, será usado a ótica psicanalista de Sigmund Freud e de Melanie Klein (CALVACANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013).

O enfrentamento do luto abrange a morte, perdas reais e simbólicas de todo desenvolvimento humano, podendo ser em dimensão física e psíquica, desde as experiências reativas posteriores o ser humano se mostra adaptável para novas realidades concebidas a partir de perdas (CALVACANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013). No livro de Freud (1915 *apud* CALVACANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013), *Luto e Melancolia*, o luto é trago como uma reação a perda, sendo um fenômeno natural e constante no

desenvolvimento humano, sendo visto como uma perda consciente levando em consideração que o enlutado exatamente o que perdeu, em complemento afirma que é um processo natural que apesar de parecer uma patologia não é uma doença e pode ser superado com o tempo.

Apesar de superado com o tempo, é um processo lento e doloroso, caracterizado com uma tristeza profunda, afastamento de toda atividade que não esteja ligada ao objeto perdido, perda de interesse no mundo externo e incapacidade de substituição (FREUD, 1915 *apud* CALVACANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013).

Este objeto perdido de amor que Freud (1915 *apud* CALVACANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013) cita seria o filho idealizado, ao receber o diagnóstico este filho morre para os pais e seus familiares, mas ele renasce ao adotar um novo objeto de amor. O filho idealizado passa a ser o filho real, que necessita de que o pai o adote com todas suas capacidades. Com isso, entra o trabalho de toda equipe multiprofissional, para o auxílio da elaboração desse luto, para fins de se oferecer qualidade de vida para o filho e sua parentalidade.

Já Melanie Klein traz suas considerações sobre o luto sem discordar das definições de Freud, Klein postula que o luto não se refere apenas a uma perda objetiva real, mas também simbólica (CALVACANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013). Klein (1940 *apud* CALVACANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013) afirma que atividades psicóticas são reativadas no luto normal, e que nesse momento o indivíduo se encontra adoecido, porém com esse estado é normal, não vista como doença, sendo assim o luto reativa a posição depressiva arcaica, essa posição já foi vivida na infância, por isso que consiste na reintrojeção do objeto bom, “introjetando novamente não somente a pessoa amada, mas também os pais amados que representam seus objetos bons internalizados” (p. 98).

Segundo Gomes (2006 *apud* SILVA, 2017) o processo do luto é dividido em três fases: “a notícia do diagnóstico, o processo de adaptação e a fase avançada da doença” (p.19), e a sua elaboração, para Ross e Menezes (1989 *apud* SILVA, 2017), passa por cinco estágios, sendo eles a negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Os padrões de reação nos familiares são diferentes e se comparam com às fases do luto descritas por Kubler-Ross, sendo negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (SILVA, 2017 *apud* JORGE *et al.*, 2019).

A primeira etapa, a pessoa tende a negar a situação e evitar enfrentá-la ocorrida. A segunda, a raiva é internalizada a terceiros, o enlutado começa a se perguntar por que

isso aconteceu com ele, por que ele não fez algo diferente e assim por diante. A terceira, a pessoa promete mudar em troca do que está perdido. A quarta, a pessoa enfrenta uma grande sensação de perda, trazendo-lhes tristeza e pesar. A quinta é a aceitação parece ser uma fuga dos sentimentos, como se toda a raiva, tristeza e negociação tivessem cessado, e então o enlutado aceita a ideia que tanto negou (KUBLER-ROSS, 1969/1996 *apud* REIS, 2020).

Para Paniagua (2008 *apud* SILVA, 2020) o processo desde o diagnóstico a aceitação desse passam por fases, sendo elas: fase do choque, onde os pais após receber o diagnóstico passa por uma desorientação, e isso faz com que algumas informações sejam comprometidas; fase de negação, os pais tendem a ignorar ou esquecer o problema e questionar o diagnóstico; fase de reação, vários sentimentos surgem apresentando desajustes emocionais que também são os primeiros passos da adaptação; e a fase de adaptação e de orientação, onde surge um equilíbrio emocional que faz com que eles vêem as realidade e auxiliem na dificuldade do filho.

Segundo Paniagua (2008 *apud* SILVA, 2020) as reações da fase de reações são a irritação, onde o sentimento de raiva e agressividade vem a tona voltado para os culpados na mente deles, podendo ser médicos e familiares que possuem ou não uma deficiência; culpa, onde os pais procuram erros e descuidos nas próprias condutas; e depressão é a tristeza por conta do filho com deficiência.

A partir das fases e reações citadas, Paniagua (2008 *apud* SILVA, 2020) ressalta a importância de vivenciar as etapas do luto e ela serem abordadas como algo natural, já que muitas vezes são de difícil vivência, afinal os pais podem se adaptado ao filho, porém não significam que estão conformados com isso.

Segundo Franco (2015 *apud* VIDAL, ANDRADE; SILVA, 2021) o luto familiar por um diagnóstico é mostrado como *pathos* no luto vivido pelos pais que é resultado de um nascimento de uma criança com deficiência, devido a criança idealizada essa questão pode ser um obstáculo no processo de elaboração do luto.

Sendo assim, após a avaliação médica e o fechamento de diagnóstico do TEA os pais podem vivenciar os estágios de luto citados acima, e com isso ir desconstruindo gradativamente a ideia de filho perfeito, porém não se anula o sentimento de perda de algo que foi representado como algo importante para a família, por isso é comum questionamentos sobre o diagnóstico, sendo um processo de luto pelas perdas e limitações que iriam ocorrer e que não estavam nos planos (MONTE; PINTO, 2015).

Antes de nascer, a criança já é idealizada pelos pais, quando ela nasce fora dos padrões imaginados pelos mesmos traz consigo uma nova realidade, a aceitação desse indivíduo só ocorre com o acolhimento e aceitação do diagnóstico, sendo fundamental os familiares no processo do diagnóstico e no tratamento da criança com TEA, sendo indispensável a escuta dos pais que envolve o histórico de vida desde a gestação aos primeiros anos de vida (BRASIL, 2015 *apud* SILVA, 2017). Nesse processo de diagnóstico “os pais se vêm frente a um turbilhão de sentimentos que estimulam sua compreensão e aceitação da realidade e da insegurança do futuro em frente às limitações, às adaptações e à dedicação com esse filho que precisa de cuidados muito especiais” (BRESLAU; DAVIS, 1986 *apud* SILVA, 2017).

Portanto, ao se receber um diagnóstico de autismo, várias dúvidas, questionamento e medos atravessam essa descoberta, e a partir disso pode vir a não aceitação do diagnóstico, revolta e raiva da situação, e isso só é ressignificado após o conhecimento do transtorno, pensando em um novo futuro, sobre o tratamento para diminuição dos sintomas (MONTE; PINTO, 2020).

A descoberta do autismo traz um forte impacto psicológico aos pais, uma espécie de dor, porque o ideal de um filho perfeito está destruído. Neste ponto, é importante considerar que os pais ou cuidadores de crianças com autismo muitas vezes sentem dualidade em suas emoções. Tempos de dor, raiva e tristeza cercam esta família. Os responsáveis pelo cuidado, principalmente as mães, estão sobrecarregados física e emocionalmente e sempre assumiram a responsabilidade de cuidar e criar os filhos. No entanto, entende-se que o cuidado não pode ser apenas para um membro da família, cabendo a todos os envolvidos na dinâmica familiar, justamente, manter todos em estado físico e mental protegido (BASTOS *et al.*, 2019).

Lidando com o pós diagnóstico

É importante ressaltar que após diagnóstico e entender que a psicodinâmica familiar irá mudar para lidar com essa quebra de fantasia do filho ideal e o filho real, as mudanças ocorrem desde a área financeira até a física, psíquica e social, sendo ressaltada a atenção, compreensão e dedicação dos pais no processo de aprendizagem e desenvolvimento dessa criança (FÁVERO; SANTOS, 2005 *apud* SILVA, 2017).

A confirmação do diagnóstico de uma doença crônica, como o autismo, é a primeira dificuldade que a família irá encontrar, sendo o estado do choque,

principalmente na mãe, é o primeiro sentimento e reação, fazendo parte da fase negação citada no capítulo anterior (NOGUEIRA; RIO, 2011).

Segundo Siegel (2008 *apud* NOGUEIRA; RIO, 2011) o após o diagnóstico a aceitação desse transtorno, sem cura, é um processo gradativo, e de difícil conclusão. Principalmente ao se ver o desenvolvimento humano, onde um desenvolvimento atípico a não normalidade gera diversas angustias e ansiedade do futuro do filho.

As preocupações vão desde a educação aos direitos que esse filho tem por lei, “a maioria relacionadas com o que poderão fazer, as entidades públicas e/ou as privadas, para defender os direitos do filho e dar continuidade aos cuidados” (NOGUEIRA; RIO, 2011, p.17).

No requisito educação, existe uma dificuldade para encontrar escolas para o filho, por não ter profissionais com capacidade técnica para lidar com esse transtorno

Apesar de algumas das dificuldades experimentadas pelas pessoas com autismo serem comuns a outras formas de deficiência, há dificuldades específicas inerentes ao autismo que requerem compreensão e técnicas educativas especializadas que não são geralmente disponíveis nos ambientes educativos genéricos” (TELMO, 2005, p.114 *apud* NOGUEIRA; RIO, 2011, p.18).

Outro ponto importante a ser ressaltado antes de aprofundar no após diagnóstico na visão dos pais dessa criança, é o ponto de vista do irmão desse autista. A partir do crescimento da criança autista a atenção para esse não é minimizada, surgindo uma possível fragilidade nessa nossa estrutura familiar, onde o irmão sem deficiência sofrerá influência no aspecto emocional (ARAUJO, SILVA; D’ANTINO, 2012).

A literatura indica que o impacto de se ter um irmão com TEA entre irmãos com o desenvolvimento normal é controverso. Por meio de uma revisão de literatura sobre o tema, as autoras indicam por um lado alguns estudos em que não se observaram efeitos negativos em se ter um irmão com TEA e por outro, estudos que indicam maior nível de depressão, problemas comportamentais e solidão nos irmãos com desenvolvimento normal (RAO; BEIDEL, 2009 *apud* ARAUJO, SILVA; D’ANTINO, 2012, p. 11).

O comportamento de ciúmes nesse irmão sem deficiência é frequente pela dificuldade dos pais em prover uma vida normal a esse, e alguns procuram ajudar os pais como uma forma de compensação a esses, essa ajuda vai desde diretamente ligada ao irmão ou indiretamente como afazeres de casa, causando estresse (ALTEIRE; KLUGE, 2009 *apud* ARAUJO, SILVA; D’ANTINO, 2012). “A mudança no papel tradicional do irmão com desenvolvimento normal, pode resultar em problemas adaptativos tanto dentro do ambiente familiar, como em ambientes sociais, como a escola por exemplo” (McINTYRE; QUINTERO, 2010, p. 12).

Irmãos que estão se desenvolvendo normalmente nem sempre percebem o papel de cuidador como positivo. Em alguns casos, pode haver preocupações sobre a reação de um amigo. Há também irmãos que se preocupam com o potencial de contágio, principalmente na ausência de informações sobre deficiência. Uma das preocupações mais comuns é o desejo de compensar a deficiência do irmão buscando a independência precoce. Podem surgir dificuldades nas relações parentais com irmãos não deficientes. Falar sobre a deficiência de um irmão, dividir a atenção entre as crianças, para que irmãos não deficientes não se sintam excluídos e, finalmente, ter dificuldade em aceitar responsabilidades inaceitáveis, é um dos problemas mais comuns (TORRENS, 2006 *apud* ARAUJO, SILVA; D'ANTINO, 2012).

Em contra ponto, alguns irmãos podem achar benéfico cuidar de um irmão autista, embora os membros da família possam considerá-lo uma tarefa prejudicial. Além disso, os irmãos não deficientes amenizavam a necessidade de cuidado parental com a ajuda de cuidar diretamente de seus irmãos autistas. O pai desempenha um papel importante no apoio psicológico à mãe, estará mais disposto a ajudá-la e, com isso, o nível de estresse familiar tenderá a ser menor (ALTIERE, 2006; GOMES; BOSA, 2004 *apud* ARAUJO, SILVA; D'ANTINO, 2012).

Após essa formalização do diagnóstico do filho, que já foi um processo longo de investigação envolvendo diversos profissionais, as readaptações são necessárias pela condição do filho (SOLOMON; CHUNG, 2012 *apud* ZANON, 2016). Em contrapartida, alguns cuidadores se paralisam diante da situação, não conseguindo buscar ajuda acionando a rede de apoio, ou utilizando estratégias de *coping* (LAI ; OEI, 2014; LAI, GOH, OEI; SUNG, 2015; SEMENSATO; BOSA, 2013 *apud* ZANON, 2016).

Destaca-se que o conceito de *coping* vem sendo descrito, por exemplo, como o conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias adversas, controlando, reduzindo ou eliminando o estresse (BRITO *et al.*, 2015; FOLKMAN; LAZARUS, 1996; SCHMIDT, DELL'AGLIO; BOSA, 2007 *apud* ZANON, 2016, p. 92).

Quanto a rede de apoio, ou seja, apoio social, é um conjunto de informações que faz com que o indivíduo acreditar que é querido, cuidado, amado e que pertence a essa rede, se sentindo mais seguro em situações de crises, auxiliando da adaptação das mudanças e nos usos de estratégias eficazes (COBB, 1976 *apud* ZANON, 2016).

Os tipos de apoio se dividem em disponível, percebido ou recebido, dependendo de como esse é fornecido, mostrando a importância da quantidade e qualidade desses (PIERCE *et al.*, 1996; RAPOPORT; PICCININI, 2006 *apud* ZANON, 2016).

Mas o apoio que é fundamental na descoberta de um diagnóstica é o conjugal, sendo aquele que é entendido com carinho, encorajamento e assistência recebida pelos parceiros, aquele parceiro que fornece esse tipo de apoio ele dá conselhos e assistência ao parceiro em relações a tarefas, responsabilidades de pais, influenciando indiretamente e diretamente no bem-estar psicológico do parceiro e nos comportamentos; em complementando, o casal que se apoia mutuamente tem uma taxa menor de estresse emocional frente aos ocorridos inesperados, sendo compreensivo, aconselhando e dando ajuda, sem mostrando e sendo disponível (SIMONS; JOHNSON, 1996; RAPOPORT; PICCININI, 2006 *apud* ZANON, 2016).

Siegel (2008 *apud* NOGUEIRA; RIO, 2011) ressalta que metade dos pais com crianças autistas acabam separando, considerando como justificativas as diversas dificuldades que o casal precisa passar.

Dessa maneira é possível observar que a adaptação familiar no contexto pós diagnóstico de um filho com autismo, não é um processo rápido e sim contínuo, que vai variar do desenvolvimento da criança, das características contextuais e dos familiares e da interação de diferentes fatores como: “barreiras contextuais, características do diagnóstico, comportamentos da criança, recursos pessoais e familiares, rede de apoio social, incluindo o conjugal” (KARST; HECKE, 2021; MANNING, WAINWRIGHT; BENNET, 2011 *apud* ZANON, 2016).

Existem algumas tensões óbvias para o casal e o casamento. Elas ocorrem de diferentes formas à medida que a criança se desenvolve – e vão desde a obtenção de um diagnóstico, a implantação do tratamento e o monitoramento dos programas até o pensar sobre a transição para a idade adulta! Os pais podem ter sentimentos de culpa ou responsabilidade, ou negar o problema e tender ao isolamento. No entanto, alguns focam nas tarefas à mão e são mais receptivos ao apoio de familiares, outros pais, prestadores de cuidados e comunidade mais ampla. Alguns têm uma experiência de perda severa e luto pelo filho idealizado que não tiveram (VOLKMAR; WIESNER, 2019 *apud* BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021, p.2).

Com isso mostra, novamente, como o envolvimento da família são essenciais para um tratamento eficaz, por isso todos os membros da família precisam dar apoio (VOLKMAR e WIESNER, 2019 *apud* BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021).

Segundo Volkmar e Wiesner (2019 *apud* BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021) supracitados, os pais têm maneiras diferentes de lidar com essa situação. Alguns procuram informações, outros ficam mais frustrados ou com raiva. Às vezes, eles negam a autenticidade do problema da criança. Para algumas pessoas, existem oportunidades de desfrutar e sentir prazer no sucesso de seus filhos. Quando outras negam constantemente

suas emoções, ficam mais sujeitos a problemas - isto é, não conseguem se comunicar de maneira eficaz com seus cônjuges e as emoções geralmente escapa de outras maneiras às vezes muito inadequadas. Em complemento Siegel (2008 *apud* NOGUEIRA; RIO, 2011) diz que alguns pais começam a agir logo em seguida, a procura de respostas o mais rápido possível.

As famílias de crianças com autismo passaram por todas as situações que todos os pais irão vivenciar, porque antes de se tornarem pais de crianças com autismo, são pais, com exigências parentais e conflitos parentais. Eles são pais de seus filhos e terão conflitos com eles. No entanto, depois que o diagnóstico é descoberto, a família fica desesperada geralmente sem saber ou entrar em contato com o sujeito. Neste momento, a intervenção de profissionais qualificados, o apoio da família e o cuidado de todos são imprescindíveis (BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021).

Como citado por Nogueira e Rio (2011) a saúde e o bem-estar dos pais mudam, deixando sua própria saúde de lado para cuidar do filho, como consequências muitos desses pais desenvolvem problemas psiquiátricos.

Na pesquisa dos autores Nogueira e Rio (2011) supracitados observa-se que as famílias preferem estabelecer conexões de apoio na internet com pessoas que passam pela a mesma situação do com os próprios familiares e amigos, sendo esse acontecimento de afastamento por conta da falta de conhecimentos dessas pessoas sobre o transtorno e pelo medo desses amigos e familiares confrontarem com os filhos também pela a falta desse conhecimento, apesar de atualmente esperar que as pessoas saibam como agir perante uma pessoa com deficiência, não é isso que ocorre onde os pais são criticados e colocados na posição pais ruins, e a criança é olhada com olhar de desprezo pelos seus comportamentos ditos desadequados.

O autismo é muito falado atualmente nas mídias, porém é necessário se atentar as informações que são recebidas, sendo necessário o auxílio de um profissional capacitado, estudos científicos e literatura que grande uma prática efetiva, tanto para os familiares quanto para os profissionais (BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021).

Os familiares ficam muito vulneráveis após a suspeita e confirmação de diagnóstico de Transtorno de Espectro Autista em um filho sendo necessário um auxílio profissional (BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021). Como visto no trecho de Brites e Brites (2019 *apud* BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021, p. 7):

Podemos perfeitamente concluir que, se os profissionais em geral não sabem o que significa autismo e têm dificuldades em identificar essas pessoas e orientar que caminhos deverão buscar a partir do diagnóstico concluído, imagine os

pais ou cuidadores dessas crianças! Portanto, é muito importante que o primeiro passo ao saber que seu filho tem o espectro é perguntar ao profissional o que significa e como ajudar a criança.

Esse trecho deixa explícito a necessidade da ajuda de profissionais de todas as áreas como os médicos, enfermeiros, psicólogos, professores e terapeutas, porém é importante que os mesmos sejam capacitados para passar essa informação e não possuir dificuldade de identificar e de diagnosticar (BUENO, COUTO; RODRIGUEZ, 2021).

Muitas pesquisas apontam as contribuições da psicologia com crianças com TEA, porém são escassas as pesquisas voltadas para os pais que possuem o filho diagnosticado com TEA, para Andrade e Rodrigues (2010 *apud* SILVA, 2017) é visível a necessidade que os pais possuem de um acompanhamento e intervenção do profissional da psicologia, pois não possuem, muitas vezes, informações ou experiências sobre o assunto, desenvolvendo sentimento de medo e insegurança.

Em concordância, Zanon (2016) ressalta a importância de entender o processo gradual de adaptação dos familiares de crianças com TEA as novas situações, porém não existem pesquisas focadas nesse contexto, poucas são as pesquisas que investigam a forma sistêmica, explorar variáveis que influencia a adaptação parental ao diagnóstico.

De acordo com o estudo de Lopes (2018) quando se fala sobre tratamento para crianças autistas vem em mente centros especializados com os melhores profissionais, esquecendo de incluir o treinamento para a família, desde os pais, cuidador, avós, tios, irmãos, babás, todos que fazem parte da vida dessa criança, e como esse envolvimento desses membros trará benefícios para a construção e progresso para a autonomia dessa criança.

Sobre o tratamento Rodrigues (2013 *apud* LOPES, 2018) ressalta que assim como são autistas diferentes, existem tratamentos diferentes, pois cada um possui sua singularidade, proporcionando a melhor qualidade de vida para ela e para os em sua volta perante sua limitação, assim as famílias e cuidadores precisam receber informações amplas sobre como auxiliar no tratamento e intervenções; e isso deve ser feito para o profissional que acompanha essa criança e sabe das suas peculiaridades.

A família é o primeiro grupo social na vida da criança, e é nele que se constroem valores e morais que serão a base para a construção da vida social e que dará suporte e autonomia, por isso perante as dificuldades encontradas pelos autistas, como a “comunicação, o relacionamento social e o pensamento abstrato acabam por se isolar e limitar os seus interesses a determinados temas e assuntos, atitude que prejudica ainda

mais a sua relação com o outro” (p. 59), a intervenção familiar é essencial, já que é grupos que tem maior intimidade com a criança (LOPES, 2018).

Sendo que, a família, sociologicamente, é definida como um sistema social, dentro do qual podem ser encontrados subsistemas, dependendo de seu tamanho e da definição dos papéis. É através das relações familiares, como são socialmente definidas e regulamentadas, que os próprios acontecimentos da vida recebem seu significado e, através deles são entregues a experiência individual: o nascer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação e o morrer. (SARACENO, 1992 *apud* PARRELLA; FONSECA, 2021, p. 2).

Por esse motivo que as famílias dos autistas devem procurar informações, serviços disponíveis e orientações sobre os tratamentos adequados a criança e aos membros, ou seja, as pessoas com autismo necessitam de tratamento e as famílias de apoio, informação e treinamento (LOPES, 2018).

Quando se fala em inclusão, é necessário que a família perceba que esse processo deve começar em casa, iniciando pela aceitação, busca de informações e tratamento. A pessoa com SA tem o direito de ser acolhida e auxiliada por sua família em todos os momentos da sua vida e a família deve ser fortalecida e instruída para defender os direitos das pessoas com SA, possibilitando seu pleno desenvolvimento e a inclusão social (LOPES, 2018, p. 60).

Os profissionais que trabalham junto com a família ganham vantagem, já que pais informados se tornam cúmplices do tratamento, pois entende sua finalidade, obtendo progresso na construção de autonomia (LOPES, 2018).

O progresso das crianças autistas depende em grande parte da família. Os pais de pessoas com autismo devem ser tolerantes e humildes, ou seja, buscar e aceitar ajuda, procurar especialistas, conversar com outras famílias autistas e compartilhar sucessos e fracassos para que possam aprender e crescer junto com seus filhos. Os pais devem estar cheios de energia e flexibilidade, ter uma mente aberta e ser capazes de se colocar na perspectiva de seus filhos, não trabalhando sozinhos, mas trabalhando com especialistas (LOPES, 2018).

Porém, segundo a pesquisa de Nogueira e Rio (2011) foi constatado que as famílias pesquisadas sentiram falta de fazerem parte do processo e de alguns profissionais, que consideravam importantes, como os enfermeiros. “Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar a necessidade de incluir os pais como parceiros no tratamento destas crianças” (OZONOFF *et al.*, 2003 *apud* NOGUEIRA; RIO, 2011, p. 20).

Para desempenhar um verdadeiro papel de apoio, a família deve ser estável e consistente, ter limites claros e ser capaz de concordar com regras, restrições, tarefas, direitos e obrigações, nos quais tenta manter um bom relacionamento entre todos os membros da família grupo. Além de aceitar as dificuldades causadas pelos pacientes com

TEA, os familiares não devem se preocupar em negar essas dificuldades, ou mesmo minimizá-las ou maximizá-las. Na verdade, essas famílias conhecem e aceitam suas dificuldades, entendem a extensão dessas dificuldades e respeitam seus limites (LOPES, 2018).

A família deve ser o suporte emocional do paciente com TEA, pois eles enfrentam frustração, preconceito e rejeição desde a juventude, então a família deve ser esse tipo de suporte contínuo para que possam superar a crise. Para ajudar a melhorar suas habilidades, a família cooperará de alguma forma para compensar suas dificuldades (LOPES, 2018).

Diante da mudança vivida em seu ciclo vital a família deve se reorganizar para cuidar da sua criança com TEA. As famílias, em geral, não estão preparadas em múltiplos aspectos para enfrentar a sua função de educar e ficam mais comprometidas ao enfrentar a experiência de educar crianças com problema (SPROVIERI, pág. 4, 2005).

A família é essencial para um bom tratamento do autista, porém para um tratamento eficaz, a família precisa de um apoio total desde a hora do diagnóstico, mas pouco se vê na literatura sobre pais encaminhados para algum lugar para receber suporte de atendimento psicológico (COELHO; ABREU, 2020).

As incertezas e medos cercam os pais das crianças com autismo, pois eles findam tendo que largar suas atividades diárias para viver em prol da criança, assim influenciando o relacionamento familiar. Por isso vale ressaltar o quanto é importante que a união prevaleça dentro do lar para que a criança possa ter um desenvolvimento psicomotor adequado. Os pais também devem estimular e valorizar a convivência de seus filhos com outras crianças. (SPROVIERI *et al*, 2001 *apud* COELHO; ABREU, 2020 *apud* PARRELLA; FONSECA, 2021, p. 3).

Para Verdi (2003 *apud* ALMEIDA; NEVES, 2020) uma forma de amenizar esse sofrimento é a criação de grupos terapêuticos de pais de crianças autistas, podendo abordar as dificuldades familiares e a própria constituição dos papéis parentais. Em complemento, Campanário e Pinto (2006 *apud* ALMEIDA; NEVES, 2020), destacam a importância do cuidado ao agente materno no sentido de restabelecimento de laço com o bebê ou criança, de forma que as intervenções sejam com foco na criança, na figura materna e na relação de ambos; “o atendimento psicanalítico permite elaborações que produzem um novo encontro para pai, mãe e criança” (ALMEIDA; NEVES, 2017 *apud* ALMEIDA; NEVES, 2020, p. 226).

COSIDERAÇÕES FINAIS

Os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) caracteriza-se por comprometimentos no comportamento social, comunicação e linguagem, bem como por uma gama limitada de interesses e atividades específicas, repetitivas e peculiares do indivíduo. Os transtornos do espectro autista começam na infância e tendem a persistir na adolescência e na idade adulta. Na maioria dos casos, isso é evidente nos primeiros cinco anos de vida.

O diagnóstico de TEA é um momento muito delicado para os pais, já que esses esperam o filho perfeito, e com isso causa sofrimento psíquico começando um processo de luto que costuma ser superado com o tempo. Por isso ao se dar o diagnóstico dessa doença crônica é necessário preparo do profissional da saúde, como calma para sanar todas as dúvidas e cuidado para ao falar, já que era um filho idealizado perfeito, e não mais uma porcentagem.

Todas as problemáticas que envolve o diagnóstico não acabam com a confirmação dele, também percorre todo o processo de adaptação da família, já que todo o sistema deverá se modificar para atender essa criança atípica, sendo assim o acompanhamento dessa família deve ocorrer até quando for necessário para eles. Os pais podem participar de grupos de apoio, pois a troca de experiências auxilia na aprendizagem para lidar com as novas situações que irão aparecer com o passar da idade.

O papel do psicólogo nessa demanda é atender cada pai com singularidade, traçando estratégias eficazes diante uma análise perante as necessidades de cada um, auxiliando a entender e discutirem sobre seus sentimentos perante o filho (SILVA, 2017). Segundo Silva (2017) existem algumas maneiras para minimizar essa dor por meio de terapia e aconselhamento. Portanto, os pais ocupam um papel essencial para o desenvolvimento do filho autista, sendo assim é necessário ouvir e acolher essa família nas suas dúvidas e sofrimentos, ou seja, levando em conta o sofrimento de todos os sujeitos presentes nessa nova realidade.

Com a revisão realizada sobre a temática foi possível perceber que são poucos os estudos voltados para os pais e cuidadores dessas crianças, trazendo somente os sintomas e tratamento com enfoque no autista, mas é necessário entender que a criança faz parte de um sistema, e se esse sistema está frágil, a criança também estará. Portanto faz-se necessário que sejam efetuadas pesquisas sobre o pré diagnóstico e o pós diagnóstico com um olhar para os pais e cuidadores.

Portanto, considerando que cada pessoa diagnosticada tem sua própria história de vida e diferentes sintomas, as várias teorias e fundamentos que tentam explicar todas as

dimensões do autismo são problemas pontuais e locais. Em relação ao avanço e à pesquisa da doença, percebe-se que faltam pesquisas que aprimorem essa forma diagnóstica de atendimento para se adaptar ao desenvolvimento dos pacientes acometidos pela doença

A família necessita de um trabalho em equipe multiprofissional para encontrar a forma de intervenção mais adequada para os pacientes com autismo. É importante tratá-los o mais rápido possível após o diagnóstico, e que seja envolvido não só o diagnóstico, mas toda a família. Por fim, esse trabalho mostra que é necessário um olhar diferenciado para a família do indivíduo com TEA, assim como o próprio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. R.; SILVA, J. R. S.; D'ANTINO, M. E. F. Breve discussão sobre o impacto de se ter um irmão com transtorno do espectro o autismo. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 12, n. 1, 2012.

ASSUMPCÃO JR, Francisco B.; PIMENTEL, A.C. M. Autismo infantil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 37-39, 2000.

BASTOS, S. F. et al. O sofrimento psicológico dos pais ou cuidadores de crianças com transtorno do espectro do autismo. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 8, n. 1, p. 23-33, 2019.

BOSA, C. A.. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s47-s53, 2006.

BUENO, L. R.; COUTO, P. L.; RODRIGUEZ, R. C. M. C. A importância do cuidado à família no tea. **REVISTA HUMANITARIS-B3**, v. 2, n. 2, p. p. 39-53, 2021.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicólogo informação**, v. 17, n. 17, p. 87-105, 2013.

CEZAR, P. K.; SMEHA, L. N. Repercussões do autismo no subsistema fraterno na perspectiva de irmãos adultos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 33, p. 51-60, 2016.

COELHO, A. M. M.; ABREU, A. M. L.. **Dificuldades enfrentadas pelos pais na rotina de crianças com transtorno do espectro autista: revisão de literatura**. Tese de Doutorado. Centro Universitário Fаметro. Fortaleza. 2020.

CONSTANTINIDIS, T. C.; SILVA, L. C.; RIBEIRO, M. C. C.. “Todo mundo quer ter um filho perfeito”: vivências de mães de crianças com autismo. **Psico-USF**, v. 23, p. 47-58, 2018.

CORRÊA, P. H. O autismo visto como complexa e heterogênea condição. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 375-380, 2017.

DIAS, S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 18, n. 2, p. 307-313, 2015.

FADDA, G. M. ; CURY, V. E. A experiência de mães e pais no relacionamento com o filho diagnosticado com autismo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 35, 2019.

FERNANDES, F.R.. **Quatro médicos que mudaram a visão do mundo**. 2019 [homepage].

FERREIRA, M.; SMEHA, L. N.. A experiência de ser mãe de um filho com autismo no contexto da monoparentalidade. **Psicologia em revista**, v. 24, n. 2, p. 462-481, 2018.

GUEDES, N. P. S.; TADA, I. N. C.. A produção científica brasileira sobre autismo na psicologia e na educação. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 31, p. 303-309, 2015.

HERINGER, H. M. L.; QUERINO, A. C.. Acesso á Justiça ou Judicialização? A Luta dos Pais de Crianças com TEA por um Diagnóstico Precoce e Tratamento Adequado: The struggle of parents of children with ASD for early diagnosis and proper treatment. In: **Anais do Congresso Internacional da Rede Iberoamericana de Pesquisa em Seguridade Social**. 2019. p. 338-355.

JORGE, R. P. C. *et al.* Diagnóstico de autismo infantil e suas repercussões nas relações familiares e educacionais. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 5065-5077, 2019.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s3-s11, 2006.

LOCATELLI, P. B.; SANTOS, M. F. R.. Autismo: propostas de intervenção. **Revista Transformar**, v. 8, n. 8, p. 203-220, 2016.

LOPES, C. N. Autismo e família: o desenvolvimento da autonomia de um adolescente com síndrome de Asperger e a relação familiar. **Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, v. 5, n. 1, p. 53-66, 2018.

MAIA FILHO, A. L. M. *et al.* A importância da família no cuidado da criança autista/the importance of the family in the care of autistic children. **Saúde em Foco**, v. 3, n. 1, p. 66-83, 2016.

MAIA, F. A. *et al.* Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 228-234, 2016.

MONTE L. P.; PINTO, A. A. **Família e autismo: psicodinâmica familiar diante do transtorno e desenvolvimento global na infância**. 2015.

NOGUEIRA, M. A. A.; RIO, S. C. M. M. A família com criança autista: apoio de enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2011.

OLIVEIRA, M. S.. Formação docente e inclusão de alunos com transtorno do espectro autista: algumas reflexões. 2016.

OLIVEIRA, R. N. *et al.* O Autismo no Contexto Familiar. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 3065-3076, 2020.

PARRELLA, B. I. L.; FONSECA, M. E. G. Estudos das dinâmicas familiares aplicadas em família com membro autista. **REVISTA HUMANITARIS-B3**, v. 2, n. 2, p. p. 119-135, 2021.

PINTO, R.N.M.*et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 3, e61572, 2016.

REIS, V. C. O sentido da vida no enfrentamento do luto materno por suicídio. 2020.

ROMA, R.P.S. **A influência do cão na expressividade emocional de crianças com transtorno do espectro do autismo**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6 2007.

SANINI, C.; BOSA, C. A.. Autismo e inclusão na educação infantil: Crenças e autoeficácia da educadora. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 20, p. 173-183, 2015.

SANTOS, E. R. D. *et al.* Autismo: caracterização e classificação do grau de severidade dos alunos da associação maringense dos autistas (ama) com base no método cars. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 37-41, jun./2016.

SILVA, E. N.; OLIVEIRA, L. A. Autismo: como os pais reagem frente a este diagnóstico. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 8, n. 1, p. 21-26, 2017.

SILVA, J. K. Q.. **Autocuidado de mães de filho com deficiência**.. Tese de Doutorado. Centro Universitário Fametro. Fortaleza. 2020.

SILVA, M.; MULICK, J.A.. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2012.

SILVA, N. M.. **Transtorno do Espectro Autista: Possíveis Impactos do Diagnóstico para os Pais**. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Rondônia, p. 13-44, 2017.

TAMANAHARA, A.C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 13, n. 3, p. 296-299, 2008.

TEIXEIRA, A. V. B. **Resiliência e stress em pais de crianças com perturbações do espectro do autismo**. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal. 2015.

VIDAL, A. J.; ANDRADE, I. S.; SILVA, G. H.. O luto familiar pelo diagnóstico do transtorno do espectro autista na visão psicanalítica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 7, p. 1456-1464, 2021.

ZANON, R. B.. **A busca pelo diagnóstico e tratamento do filho com autismo: a influência do coping e do apoio social e conjugal nos níveis de estresse dos pais**. 2016.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A.. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014