

INSTITUTO ENSINAR BRASIL  
FACULDADE DOCTUM DA SERRA  
CURSO PSICOLOGIA

**CECÍLIA HENRIQUE DA MOTA GUIMARÃES**

**RITA DE FÁTIMA CREMASCO ROCHA**

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E A  
DIREÇÃO NO TRATAMENTO DO ESPECTRO AUTISTA**

Serra  
2018

INSTITUTO ENSINAR BRASIL  
FACULDADE DOCTUM DA SERRA  
CURSO PSICOLOGIA

**CECÍLIA HENRIQUE DA MOTA GUIMARÃES**

**RITA DE FÁTIMA CREMASCO ROCHA**

**“CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E  
DIREÇÃO NO TRATAMENTO DO ESPECTRO AUTISTA”**

Trabalho apresentado à faculdade DOCTUM  
como Trabalho de Conclusão de Curso para  
aprovação no curso de psicologia.  
Orientadora: Prof. Leonardo Guerra.

Serra  
2018

# CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E DIREÇÃO NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA.

Cecília Henrique da Mota Guimarães<sup>1</sup>

Rita De Fátima Cremasco Rocha<sup>2</sup>

## RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista – TEA, antes considerado um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento – TID, após modificação, na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V (APA, 2013), passou a abranger uma nova classificação nosológica, importante para o diagnóstico diferencial do TEA. Por abranger aspectos como a dificuldade de interação social e da linguagem, além de comportamentos estereotipados, com interferências sensório-perceptivas, incluídas recentemente, incorrem em um critério diagnóstico em grupos inter-relacionados, que indicam a presença de alterações desenvolvimentais anteriores ao próprio surgimento dos déficits que caracterizam o quadro autista McPartland; REICHOW; VOLKMAR, (2012); ADRIEN et al., (1993). Deste modo, faz-se necessário reconhecer que estudos e contribuições de várias vertentes do conhecimento, desde a atual psicanálise até a neurociência, contribuem no melhor entendimento do quadro autista. Portanto, objetivou-se através de pesquisas bibliográficas melhor entender o diagnóstico diferencial de crianças com TEA e, conseqüentemente, o âmbito familiar, buscando compreender as necessidades e como lidar com o diagnóstico de TEA. Os resultados obtidos com a revisão apontam, de maneira geral, que uma das primeiras dificuldades é viabilizar o diagnóstico e suporte familiar conjuntos, visando estratégias de enfrentamento e construção de redes de apoio tanto para os pacientes quanto para as famílias envolvidas no tratamento do transtorno do espectro autista – TEA.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista – TEA; Diagnóstico diferencial;

---

Artigo orientado pelo Prof. Me. Leonardo A. G d’Almeida apresentado ao curso de Psicologia do Instituto Ensinar Brasil Faculdades Doctum, como requisito parcial para obtenção do bacharelado em Psicologia. Data de 26/11/2018. Rua 1D, nº 80 – Cívica II, 29168064, Serra – ES

<sup>1</sup> Cecília Henrique da Mota Guimarães, graduanda em psicologia. ceciliahmota@hotmail.com

<sup>2</sup> Rita de Fátima Cremasco Rocha, graduanda em psicologia. ritafcremasco@gmail.com

## **ABSTRACT**

The Autistic Spectrum Disorder (TEA), previously considered an Invasive Developmental Disorder (TID) after modification in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM V (APA, 2013), now includes a new nosological classification, important for differential diagnosis of TEA. Because they cover aspects such as the difficulty of social interaction and language, besides stereotyped behaviors, with sensory-perceptual interferences, recently included, they have a diagnostic criterion in interrelated groups, which indicate the presence of developmental alterations prior to the deficits that characterize the autistic picture (McPartland, REICHOW, VOLKMAR, (2012), ADRIEN et al., (1993). Thus, it is necessary to recognize that studies and contributions from various aspects of knowledge, from the current psychoanalysis to the neuroscience, contribute in the better understanding of the autistic picture. Therefore, the objective of this study was to better understand the differential diagnosis of children with ASD and, consequently, the family context, seeking to understand the needs and how to deal with the diagnosis of ASD. The results obtained from the review indicate, in a general way, that one of the first difficulties is to enable the diagnosis and support of family members, aiming at coping strategies and the construction of support networks for both patients and families involved in the treatment of the disorder autistic spectrum - TEA. Keywords: Autism Spectrum Disorder - TEA; Differential diagnosis;

## INTRODUÇÃO

A terminologia espectro autista surgiu na década de 1970, quando foi identificada uma tríade de características marcantes em indivíduos nos quais já estavam presentes as particularidades anteriormente descritas por KANNER(1943). Tal tríade de prejuízos englobam a linguagem, interação social e padrões de comportamentos estereotipados. O Autismo Infantil foi definido como “Distúrbio Autista do Contato Afetivo”, com limitações de comportamentos específicos, tais como: dificuldade no uso da linguagem para comunicação, presença de potencialidades ou facilidades cognitivas e sociais WING; RUTTER, (1978).

A palavra autismo vem do grego “*autós*” que significa “de si mesmo” ou “próprio”, e começou a ser usada em (1906). A Psicanálise clínica e de investigação teórica, a partir da escuta humana, firma-se como corrente analítico-teórica e dentre muitas atribuições busca a compreensão de manifestações inconscientes que fundamenta mental contribuem fundamentalmente contribuem para a dinâmica terapêutica, mesmo que inicialmente atuasse de forma independente da Psicologia, originando-se com Freud (1856-1939) no campo da medicina, ainda hoje, é um dos pilares básicos da Psicologia OLIVEIRA, BARROS, SATURNO, LUZ, VASCONCELOS (2015) *input* TAMANAHA, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. DOURADO,F.(2008).

Logo, o termo autismo foi primeiramente usado na literatura médica por BLEULER (1911), para falar de pessoas que tinham grandes dificuldades em interagir e com tendência ao isolamento. Entretanto, BLEULER (1911) trabalhou com quadros psicóticos e esquizofrênicos, distanciando-se do quadro autista, o que resultou em publicação e avanços sobre esquizofrenia. KANNER, (1943), foi quem descreveu o autismo e o definiu a partir da observação de um grupo de crianças com comportamentos diferentes; algo próprio caracterizado por incapacidade inata de estabelecer contato afetivo e interpessoal.

Segundo BRENNER (1975) para analisar conteúdos inconscientes, devemos acessar anseios e pulsões, que fornecem a energia para as ações.

Segundo DONALD MELTZER(1975), publicou uma classificação das psicoses infantis que incluía o autismo. Pois pautava na inserção da criança encontrar o mundo lá fora e significar as emoções e não consegue, pois eles são incapazes de dar uma atenção ao objeto destinado ao seu querer sua concepção, para o desenvolvimento desses quadros diagnósticos pautava-se na incapacidade de alguns bebês encontrarem um objeto materno, capaz de conter seu desamparo psíquico ligado ao conflito estético.

De acordo com JERUSALINSKY (1993), defende de forma radical a diferença entre o autismo e a psicose e fez uma proposta para que pudessem entender o autismo como a quarta estrutura clínica, psicose, neurose e perversão que foi proposto por Lacan, os psicanalistas que param para ouvir as mães das crianças com autismo, rapidamente sentem os resultados, pois deixam-nas falar nesse corajoso enfrentamento de si, com associação livre e escuta.

No campo da psicanálise observou-se o manejo da transferência, as situações de interpretação, os recursos e o trabalho de análise com os pais, pois eles estão de todas as formas mais próximos e que tem um contato maior com os filhos e que a maior sintomatologia começa na dinâmica familiar. Conforme explica SOLER e BERNARDINO (2012).

De acordo com a visão de BARROS (1987), passou-se discutir os conceitos do Autismo sob diferentes pontos de vista teóricos, preocupação com o meio social, e também com o diagnóstico da criança na clínica, traçando estratégias para auxiliar sua família, para assim diminuir maiores dificuldades da criança e de seus familiares. Até o início do século XX, as crianças que apresentavam alheamentos relacionados ao próprio ato de isolamento, por dificuldades em se relacionar com outras pessoas, pais, professores e outras crianças eram, de alguma forma, ainda mais esquecidas e isoladas do convívio social. Importante ressaltar que, apesar dos tratamentos de cunho psicanalíticos, havia uma negação simbólica daquele sujeito, por parte materna, incorrendo no autismo. Atualmente, consideram tal quadro como uma nova instância psíquicas. Na esfera analítica a perversão, psicose e neurose são tradicionalmente abordadas e o autismo já está sendo considerado como uma quarta formação psíquica, ou seja, nova estrutura mental. Logo, enquanto as ciências avançam

pode-se notar uma mudança analítica, neurodesenvolvimental e classificatória, com possibilidade de intervenções e tratamentos, também atualizados, para o espectro autista (SOLER; BERNARDINHO, 2012).

Segundo Franzen e Myers (1973), crianças com dificuldade de fixação visual que eram descritas com incapacidade de olhar “olhos nos olhos” ou usar a visão periférica apresentavam aspectos que condicionavam à incapacidade de estabelecer relações sociais. Já as reações negativas às alterações na mudança no ambiente, no ritual ou na rotina, bem como comportamentos compulsivos observados em quadros autistas são semelhantes aos comportamentos descritos em pacientes com síndromes executivas agudas ou crônicas devido a disfunções no lobo frontal, região associada a tarefas executivas RUTTER, (1978).

O manual Diagnóstico e Estático de Transtornos Mentais – DSM IV (APA, 1994) que caracterizava o diagnóstico com prejuízos na comunicação e na interação social relacionava déficits de desenvolvimento da linguagem oral, na qual a criança procurava outros meios alternativos, não verbais, como sinais ou gestos para algum tipo de comunicação em comparação àquelas crianças com menor comprometimento de linguagem. Destacava, ainda, uma diminuição da expressividade e oralização com dificuldade de manter uma conversa ordenada de maneira sequencial. Já os comportamentos estereotipados estavam relacionados a agitação psicomotora, movimentos circulares, geralmente, com as mãos e dedos. A revisão apresentada na quinta edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V atualizou as modificações com a nova inclusão de características e categorias que apresentam déficits formados por comportamentos estereotipados e anormalidades sensoriais (APA, 2013).

Houve ampla revisão na proposição da tríade de comprometimento que caracteriza o quadro autista, antes classificado como transtorno invasivo do desenvolvimento – TID. Atualmente, a tríade inclui prejuízos na comunicação social com padrões de comportamentos restritos; movimentos motores repetidos, fala repetitiva e prejuízos na comunicação social. Em crianças com TEA o quadro pode incluir, também, comorbidades como: hiperatividade,

desatenção, agressividade e comportamentos auto agressivos (APA, 2013; BOSA, 2002; WING, 1978; RUTTER, 1978).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V (APA, 2013) caracteriza também um subgrupo de severos prejuízos invasivos em múltiplas áreas do desenvolvimento, incluindo perdas na interação social recíproca e na comunicação, apresentando comportamentos, interesses e atividades estereotipadas. Geralmente há prejuízos na interação social com déficits graves; e limitação numa aproximação de conversas com o outro. O comportamento apresenta padrões restritos de rotinas repetitivas em suas atividades e estes sintomas subgrupais, comumente, são os iniciais.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (APA, 2013), de modo global, a gravidade do espectro autista implica em déficits desenvolvimentais, pois suas capacidades interacionais são limitadas. Os sintomas que aparecem, trazem prejuízos em seu funcionamento social no âmbito familiar, escolar e do trabalho, ou seja, dificuldades sociais significativas (APA,2013).

Ainda conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2013), um dos primeiros sintomas observados em uma criança é a fala estereotipada, déficits motores, dificuldades na comunicação e que faz o uso de objetos qualificando em cores, tamanhos, modelos, podem ser indícios de TEA. Geralmente tem reações aversivas a movimentos repetitivos e sons do ambiente, pois o próprio som pode trazer irritação e desconforto, o que leva a criança a um choro descontrolado e, até mesmo, autoagressão - batem a cabeça nas paredes, mordem o próprio punho e a agitação psicomotora é intensificada pelas reações humorais. COSTA, NUNES & SILVA (1998); LEMPRESA, (2007); BOSA, (2009); CLIFFORD; DISSANAYAKE, (2008); ZANON, (2012)

Distúrbios de humor e de afeto não são incomuns e podem ser manifestados por crises de riso ou de choro sem razão aparente; falta de percepção de perigo ou, ao contrário, medo excessivo, ansiedade generalizada e ataques de raiva, comportamento de autoagressão e, ainda, reações emocionais

diminuídas ou ausentes também são características comuns. Tais aspectos podem indicar desorganização de personalidade, com manifesta precariedade de linguagem e falta de interação com o outro. Concomitantemente com a atualização dos critérios clínicos, o desenvolvimento e avanço de pesquisas voltadas tanto para áreas biológicas quanto cognitivas indicam implicações não somente na questão diagnóstica, mas também na questão terapêutica quanto ao TEA. COSTA, NUNES & SILVA (1998); LEMPRESIA, (2007); BOSA, (2009); CLIFFORD; DISSANAYAKE, (2008); ZANON, (2012).

Uma técnica de relaxamento muito utilizada é a musicoterapia, a qual promove comunicação instrumental e ajuda na aprendizagem, por promover potenciais relacionamentos sociais de maneira “relaxada” ou menos invasiva, para as pessoas com TEA, rebaixando os comportamentos deficitários, repetitivos e/ou estereotipados, maximizando os bons encontros, reforçando o âmbito socio-interacional. Embora crianças com quadro de espectro autista possam apresentar algumas dificuldades sonoras existe aceitação em relação à música, sendo a musicoterapia um estilo diferenciado que pode promover bem-estar e qualidade de vida; quando aderido adequadamente torna-se um instrumento de estímulo para socialização (RIVIERI; 1996; LEMPRESIA, 2007; BOSA, 2009; CLIFFORD; DISSANAYAKE, 2008; ZANON, 2012)

Para MARQUES e ARRUDA (2007), além dos déficits sociais e cognitivos, os problemas de comportamento relacionados ao quadro autista geram grandes preocupações, já que representam as dificuldades que mais frequentemente interferem na integração de crianças e adolescentes no âmbito escolar e familiar e quando adultos na comunidade e no trabalho.

O ideal é que a avaliação para diagnóstico seja feita por uma equipe multidisciplinar, com base em tratamento envolvendo técnicas de mudança de comportamento, programas educacionais ou de trabalho e terapias de linguagem/comunicação. É essencial o trabalho do psicólogo juntamente com profissionais especializados para assim melhor diagnosticar e compreender o nível da gravidade e de comportamentos da criança com o Transtorno Espectro Autista – TEA. Buscar estratégias que promovam o bem-estar tanto da criança ou indivíduo com TEA, quando da sua família é fundamental, pois muitas

vezes, torna-se a extensão do próprio diagnóstico e prognóstico, ou seja, a rede de apoio é estabelecida com a família, como um núcleo de base, que busca tratar, mas não é tratada ou olhada. O envolvimento de uma equipe multidisciplinar trabalhando e atuando em vários âmbitos do saber pode contribuir significativamente para uma melhor socialização, diminuindo o impacto relacional e social do TEA e melhorando a qualidade de vida das dos envolvidos em tais processos. Os diagnósticos são mais esclarecedores quando cuidadosamente baseados em informações múltiplas (KUPFER; 2000).

Segundo GUIRADO (2018), para as crianças de dois até três anos de idade, uma das formas de comunicação é entrar em seu ambiente e sua rotina de brincar, pois como elas não gostam de mudanças é mais fácil a comunicação através de suas próprias condições, no manejo de seu meio, tendo todo cuidado, pois muitas vezes a criança se nega a falar e interagir com o outro, dificultando o convívio em seu ambiente social e familiar. Isso requer uma forma especial de cuidado, para que a pessoa que está lidando com esta situação não complique ainda mais a interação e a ajuda disponibilizada, pois como se sabe o TEA não tem cura. Então, o que chamamos de “tratamento” é a melhora na qualidade de vida de todos os envolvidos.

Em relação aos primeiros sinais reconhecidos pelos pais e escola, ou seja, âmbito familiar e educacional o atraso na fala e a dificuldade na comunicação tornam-se pontos evidentes, principalmente, no momento em que a criança começa a estudar sendo, talvez, uma das primeiras interações sociais. Então, por vezes, a procura por ajuda profissional parte destes momentos críticos. Há crianças com TEA que possuem condições neurodesenvolvimentais e habilidades diferenciadas, envolvendo movimentos estereotipados e circulatorios seja com seus membros superiores ou com seu próprio corpo. Assim, geralmente, a criança com espectro autista apresenta muita dificuldade de interagir e sequer atende pelo seu próprio nome. Quando quer alguma coisa ou necessita fazer alguma solicitação, devido, também, às dificuldades comunicativas e interacionais pode apresentar agressividade até ao ponto de jogar-se ao chão e/ou auto agredir-se (MATSON , COLS; WILLIAMS & BRAYNE, 2006; ZANON; BACKES & BOSA, 2014).

A identificação tem sido feita com base em dificuldades específicas na orientação para estímulos sociais, contato ocular social, assim como os demais termos, a imitação motora e jogos simbólicos. o diagnóstico e tratamento diferencial de espectro autista, em crianças, deve ocorrer adequadamente para assim obter resultados adequados quanto ao diagnóstico e tratamento. (BARON-COHEN, ALLEN & GILLBERG, 1992; KUPFER, 2000).

Costa, Nunes e Silva (1998) ressaltam que o autismo é uma severa desordem da personalidade, que se manifesta logo na primeira infância por um atípico desenvolvimento de relações com os outros. Referente à intervenção educativa, especificamente, quanto à adaptação necessária a cada processo vital biológico e psicológico, revela-se de grande importância para a pessoa com transtorno do espectro autista um processo de integração preventiva, anterior à ação de inclusão socio-educacional propriamente dita.

As dificuldades de relacionamentos persistem em uma proporção significativa na criança e no adolescente até a idade adulta. Já o comportamento autoagressivo torna-se propício na adolescência. BOSA,(2002). Portanto, trabalho sobre considerações de diagnóstico diferencial e a direção do tratamento do espectro autista fazem-se necessários para o direcionamento tanto do diagnóstico quanto do prognóstico do TEA. BOSA (2002), afirma que o tratamento deve está direcionado, com métodos de acordo com a idade da criança, pois devemos nos preocupar com a formação da linguagem e da interação social. Em relação à recuperação funcional do autista, encontram-se diferentes formas de abordagens (BOSA; 2002).

Em relação ao espectro autista, há dificuldade para resolver e compreender novas regras, criando, assim, conflitos. Para a sociedade, as crianças autistas eram muitas vezes vistas como inadequadas, e assim abandonadas ao isolamento. A participação de psicólogos pode trazer contribuições para o atendimento de algumas crianças e seus familiares. Portanto, a psicoterapia não deve ser entendida como única, e sim como um recurso terapêutico complementar, que pode ser agregado ao atendimento psiquiátrico e multiprofissional.(MARQUES; ARRUDA, 2007).

Segundo Lampreia (2007) a intervenção precoce no autismo tem se tornado possível graças a sua identificação cada vez mais cedo. Já de acordo com Leboyer (2007), é fundamental ter uma visão dinâmica da evolução da sintomatologia autista, principalmente em função da idade do paciente. O quadro de autista possui características comportamentais bastante específicas, tais como: perturbações das relações afetivas com o meio, solidão extrema, inabilidade no uso da linguagem para comunicação, ausência de boas potencialidades cognitivas e sociais.

O tratamento do autismo é importante acontecer o quanto antes para garantir uma melhor qualidade de vida para a criança e para a família que tem um papel primordial na terapia. (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO 2006). As famílias apontam preocupação quanto às crianças com autismo, justamente em relação à vulnerabilidade e inabilidade na fala e na cognição. (KOEGL E COLS 1992). Devido a sobrecarga física e emocional, deve-se oferecer aos pais um lugar adequado que acolham seus filhos com apoio educativo e terapêutico para que possam voltar à vida social e profissional. O contato com outros pais se faz necessário para a troca de experiências, mantendo uma rede de apoio constante. AMY (2001)

De acordo com Assumpção Jr (2007) e Leboyer (1995) a partir de estudos realizados por Kanner em (1943), sobre o autismo, chegou-se ao entendimento da necessidade de implementar as ações sobre a inclusão real nas unidades de ensino da rede municipal de educação, olhando, de maneira especial, para a pessoa do cuidador da criança com autismo.

Segundo Nunes e Santos (2010) a chegada de uma criança com espectro autista pode sensibilizar toda a dinâmica familiar, estendendo tal situação até a escola, desencadeando mudanças significativas também no âmbito escolar. Os pais acabam, por vezes, acumulando muitas responsabilidades por causa da situação de dependência do filho com um quadro autista. Dedicarem-se integralmente aos cuidados relativos ao filho gerando uma dependência psicológica, afetiva e social.

O tempo mais longo e incerto para a família é enquanto não se tem um diagnóstico. Com o laudo e as devidas condições esclarecidas a família pode traçar um caminho a seguir e procurar entender como lidar com a situação. Com a dificuldade em conseguir um diagnóstico surge a dificuldade de tratamento e, por consequência, problemas no relacionamento familiar (SMEHA; CEZAR, 2011; NUNES; SANTOS, 2010).

O diagnóstico diferencial e o tratamento, não quer dizer “cura” e, sim, um tratamento para melhorar a qualidade de vida da criança e de seus cuidadores. Quando a família recebe a informação que a criança nasceu com um quadro de autismo pode fragilizar-se, pois haverá modificações na dinâmica familiar. Pais e cuidadores, por vezes, acabam por renunciar profissões, vida social e tudo em prol dos cuidados parentais. Então, a Psicologia neste momento funciona como suporte de saúde para estas famílias havendo orientação e troca de experiência contribuindo para significativa melhora na qualidade de relacionamentos e vida dos envolvidos nestas situações, (SMEHA; CEZAR, 2011).

Segundo, Cunha (2015), o Transtorno do Espectro Autista foi definido como um conjunto de alterações presentes que podem ser observadas antes de a criança completar seus três anos de idade, pois é o momento em que ela está começando a desenvolver a interação com o outro, a comunicação e imaginação. As escolas, em sua grande maioria, ainda apresentam dificuldade em adequarem-se quando do recebimento de crianças com o quadro autista. Por este motivo, faz-se necessário um diagnóstico diferencial e a preparação de profissionais ainda mais especializados que saibam interagir e cuidar destas crianças que apresentam comportamentos estereotipados, além de irritarem-se facilmente com autoagressões ou desconexões significativas, quando se deparam com um ambiente diferenciado. Devido a falhas na comunicação podem apresentar estes comportamentos quando querem interagir e expressar sentimentos, até mesmo os alegres e positivos. Para tanto, fez-se necessário revisar a literatura referente ao diagnóstico diferencial do Transtorno Espectro Autista - TEA, investigando a sintomatologia e classificação baseado em estudo bibliográfico para informações relevantes quanto aos métodos mais

atualizados de identificação e direcionamento em relação ao tratamento do TEA.

## **MÉTODO**

Foram feitas pesquisas bibliográficas com a finalidade de obter ferramentas científicas para atingir o objetivo de um diagnóstico diferencial da sintomatologia do espectro autismo para a tradução, construção e enriquecimento deste artigo. Segundo a classificação sugerida por GIL (2012) é explicativa, tem a preocupação da identificação de fatores que contribuem para o conhecimento da realidade. Com base em avanços científicos, são identificadas as razões desse estudo que pode ser de cunho informativo e esclarecedor.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, na qual foram utilizados materiais de estudos. Foram selecionados materiais bibliográficos como: artigos, dissertação e livros com busca em scielo, biblioteca, bvs-psi. Descritores, palavras chaves da busca, Intervenção precoce, autismo, diagnóstico. A análise de dados deste material teve como objetivo alcançar a forma qualitativa, buscando referencial teórico e científico.

## **DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este tema vem sendo abordado na procura de uma identificação dos sintomas do quadro autista, o mais cedo possível. Assim, a família tem um papel fundamental em dar informações que irão ajudar os profissionais em reconhecer na criança com TEA suas dificuldades e limitações, bem como traçar melhores estratégias de tratamento com o apoio da família. KOEGEL E COLS (1992).

Embora este tema seja amplamente abordado, pode não ser conhecido por famílias que de certa forma nunca tenham tido contato com um indivíduo com TEA ou até mesmo terem receio de enfrentamentos. Quanto mais cedo for diagnosticado o transtorno, mais cedo serão minimizadas dificuldades da

criança, dos familiares e profissionais das escolas que poderão se adequar para entender e compreender ainda mais este tema e, por consequência, a criança TEA. Embora este tema seja amplamente abordado, pode não ser conhecido por famílias que de certa forma nunca tenham tido contato com um indivíduo com TEA. MACHADO (2014).

O estudo tende a compreender melhor os sintomas do transtorno espectro autista na tentativa de amenizar as dificuldades da criança e de sua família. Quanto mais cedo identificado, melhor será a qualidade de vida no dia a dia das pessoas que apresentam o transtorno. ASSUMPÇÃO, PIMENTEL (2011)

A revisão de literatura e estudos sobre crianças com autismo contribuem de forma mais efetiva, para que pouco a pouco o autismo possa ser melhor compreendido e analisado. Podemos falar sobre o impacto de cuidadores e famílias que vivem situações parecidas, mas, nem sempre são afetadas da mesma forma, ainda que a sobrecarga seja a mesma. Os pais ficam num desgaste emocional e estresse físico que chega a abalar a estrutura familiar e social. FÁVERO, SANTOS (2005)

O autismo ainda representa um desafio, pois é um complexo de distúrbio com variados e diferentes graus de severidade e alterações no comportamento, linguagem e cognição. Em suma o aprendizado sobre o Transtorno do Espectro Autista – TEA poderia ser bem mais divulgado e conhecido para um convívio mais humano com menos preconceito, contribuindo, assim, para a volta ao diagnóstico e tratamento diferencial, visto que as relações esclarecidas entre pessoas, de modo geral, podem minimizar situações de impacto para os indivíduos com autismo e seus familiares. Antes do estudo de Kannerr na década de 1940, as crianças eram consideradas esquizofrênicas, agora elas têm diferentes funcionamentos. Enfim trabalhamos para diminuir os impactos na vida e o reconhecimento de possibilidades e características a serem valorizadas na criança com TEA. ASSUMPÇÃO, PIMENTEL (2011).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMY, M. D. (2001). **Enfrentando o Autismo: A criança autista, seus pais e a relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Zahar.

ASSUMPÇÃO, Francisco B.; PIMENTEL, Ana Cristina M. **Autismo infantil**. *Rev. bras. psiquiatr., São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 37-39, 2000. Disponível em: Acesso em: 21 set. 2011

BARROS, I. **Dentro dos seus olhos**. In *Psicanálise da criança* (pp. 29-60). São Paulo: Vértice (1987).

BLEULER, E.: 1911, '**Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien**', Em: G. Aschaffenburg (ed.), *Handbuch der Psychiatrie . Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1.Hälfte* . Leipzig und Wien: Franz Deuticke

BRENNER, Charles. **Noções básicas de psicanálise**, 3 a . ed. Rio de Janeiro: Imago Editora,1975

COSTA, M. I. F. NUNES M, H. Gil Da Silva. **Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil**. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 1998, vol.56, n.1, pp. 24-31.

CUNHA, Isabela.A. M, ALCANTARA Nataly Melo Zino, MARTIM, Rosana Cristina de Oliveira, **a inclusão de crianças com espectro autista: a percepção do professor**

FÁVERO, M. A. B.; SANTOS, M. A. **Autismo infantil e estresse familiar: uma sistemática da literatura**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005. Disponível acesso em 24 de nov. 2018.

FRANZEN, E. A., MYERS, R. E. (1973)- **Neuropsychologia**, 11:141.

GARCIA, Mariana Luisa; LAMPREIA, Carolina. **Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida**. *Psicol. reflex. crit.*, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 300-308, 2011. Disponível em: . Acesso em: 30 abr. 2014

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa** (4ª ed.) 2012 São Paulo: Atlas S.A

GONCALVES, Amanda Pilosio et al. **Transtornos do espectro do autismo e psicanálise**: revisitando a literatura. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 152-181, dez. 2017.. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382017000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 23 nov. 2018.

GUIRADO, Marlene. Uma analista do discurso no espectro de tratamentos do autismo. **Psicol. USP**. São Paulo, v.29, n.1, p. 135-145, jan. 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010365642018000100135&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642018000100135&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 08 out. 2018.

JERUSALINSKY, A. (1993). **Psicose e autismo na infância: Uma questão de linguagem**. **Psicose**, 4 (9). Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, RS. Disponível em file:///C:/Users/RITA/Downloads/108081-Texto%20do%20artigo-192397-1-10-20151202.pdf . Acesso em 23 de nov. 2018

KANNER, L (1997). **Os distúrbios autísticos do contato afetivo**. (Originalmente publicado em 1943)

KOEGEL, R. L., Loos, L. M., Dirlich-Wilhelm, H., Dunlap, G.,Robbins, F. R. & Plienis, A. J. (1992). **Consistent stress profiles in mothers of children with autism**. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22, 205-216.

KUPFER, M. Cristina M. **Notas Sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância**.*Psicol. USP* [online]. 2000, vol.11, n.1, pp. 85-105.

LAMPREIA, C. L. A **perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo**. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2007, vol.24, n.1, pp. 105-114.

MACHADO, M. F. L. **O espaço da participação e a cidade no cotidiano de famílias de pessoas com autismo.** São Paulo, 2014, 240 f.: il Disponível. Acessado 24denov.2018

MANUAL DIAGNOSTICO E ESTATISTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. DSM- 5, (5ª edição), p 50. 2015 ABP.

MARQUES, Carla Fernandes Ferreira da Costa e ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. **Autismo infantil e vínculo terapêutico.** *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2007, vol.24, n.1, pp. 115-124

NUNES, Ângela Maria F.; SANTOS, Manoel Antônio. **Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico.** *Psicol. reflex. crít., Porto Alegre*, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010. Disponível em: . Acesso em: 20 set. 2012.

PEREIRA, A. RIESGO, R. S. e WAGNER, M. **Autismo infantil: tradução e validação da ChildhoodAutism Rating Scale para uso no Brasil.** *J. Pediatr. (Rio de Janeiro)*.

RIVIÈRE, A. 1996, **Actividad em Sentido em Autismo, 5th Congress Autism – Europe, proceeding/Articulos, Barcelona.**

ROTTA, Newra T.; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar S. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar.** **Porto Alegre:** Artmed, 2006.

RUTTER, M. (1978)-Zn M. Rutter & E. Schopler (eds.) **Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment,** New York e London, p. 1.

SMEHA, Luciane N.; CEZAR, Pâmela K. **A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo.** *Psicol. estud., Maringá*, v. 16, n. 1, p. 43-50, 2011. Disponível em: . Acesso em: 7 maio 2014.

SOUZA, José Carlos et al . **Atuação do psicólogo frente aos transtornos globais do desenvolvimento infantil.** *Psicol. cienc. prof., Brasília* , v. 24, n. 2, June 2004.

TAMANAHHA, 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 Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.** 2008; 13(3): 296-9. Disponível em: Acesso em: 24 de nov. 2018. Fádua Camila de Almeida Oliveira<sup>1</sup>, Karla Bruna Nogueira Torres Barros<sup>1\*</sup>, Rafael dos Santos Saturno<sup>1</sup>, Maria Natália Campos Luz<sup>1</sup>, Leina Mércia de Oliveira Vasconcelos<sup>1</sup>. Perfil farmacoterapêutico de crianças autistas de uma clínica para reabilitação no estado do Ceará. Boletim Informativo Geum, v. 6, n. 3, p. 43-49, jul./set. 2015. Disponível em: acesso em: 24 de nov. 2018.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. Psic. : Teor. e Pesq.** Brasília, v. 30, n. 1, p. 25 a 33 de março de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722014000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100004&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 08 out. 2018.