

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

FERNANDA BACELAR VIANA BARRETO

**ASSISTÊNCIA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA):
um mapeamento das políticas públicas em São Luís – MA**

São Luís
2021

FERNANDA BACELAR VIANA BARRETO

**ASSISTÊNCIA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA):
um mapeamento das políticas públicas em São Luís – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA como requisito para obtenção de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dra. Rosana Mendes Eleres de Figueiredo.

Coorientadora: Psic. Esp. Neylla Cristhina Pereira Cordeiro.

São Luís

2021

Barreto, Fernanda Bacelar Viana.

Assistência à pessoa com transtorno do espectro autista (TEA): um mapeamento das políticas públicas em São Luís – MA/ Fernanda Bacelar Viana Barreto. – 2021.

f.

Orientador (a): Rosana Mendes Eleres de Figueiredo

Monografia (Bacharelado) – Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Transtorno do espectro autista. 2. Políticas públicas. 3. Psicologia. I. Figueiredo, Rosana Mendes Eleres de. II. Título.

**ASSISTÊNCIA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA):
um mapeamento das políticas públicas em São Luís – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA como requisito para obtenção de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dra. Rosana Mendes Eleres de Figueiredo.

Coorientadora: Psic. Esp. Neylla Cristhina Pereira Cordeiro.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra^a Rosana Mendes Éleres de Figueiredo (Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Psic. Esp. Neylla Cristhina Pereira Cordeiro (Coorientadora)

(Consultório Particular)

Prof^ª Dr^a Claudia Aline Soares Monteiro

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof^ª Dr^a Natália Rodvalho Garcia Menescal

(Consultório Particular)

Prof^ª Dr^a Catarina Malcher Teixeira (suplente)

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Andressa, minha companheira, por não existirem palavras suficientes para agradecer em definitivo, o que exige de mim agradecimentos diários, com o mais sincero amor.

À toda minha família, em especial a Ana Elisa, Fernando, Marina e Isabela, por estarem sempre do meu lado, sendo exatamente quem são, e por me amarem exatamente do jeito que eu sou.

À minha orientadora, professora Rosana Figueiredo, e coorientadora, Neylla Cristina Pereira, pelo carinho, imensurável aprendizado e possibilidade de tornar-me várias pessoas nesse processo. Meus sinceros e profundos agradecimentos.

A todos os meus professores, especialmente a Claudia Aline, Wanda, Larissa, Elizabeth, por me ensinarem que a Universidade é muito mais do que um espaço de discursos, mas de efetivas construções para a vida em suas diferentes facetas.

Aos amigos que me acompanharam nesse percurso pela UFMA, especialmente Adeibson, Matheus, Cassandra, Rebeca e Paulo. Obrigada pelo carinho e amizade.

A Rosângela, pelo seu engajamento e compromisso, me mostrando que política pública ainda pode dar certo.

Àqueles que fazem parte da minha vida me dando a honra da amizade, em especial Allana, Leo, Mari, Camilla, Pedro, Tiago, Lou, Iara, Raissa e Marina, oferecendo acolhimento irrestrito, generosidade, e a preciosa oportunidade de partilhar de tantas perspectivas diferentes. Sem o olhar de vocês esse trabalho não seria possível.

“[...] Para atender todas as necessidades que o autismo implica, as famílias dependerão da existência de Políticas Públicas efetivas e eficientes, as quais servirão de importantes ferramentas para a realização do exercício da cidadania.”

Marli Marlene Moraes da Costa

Paula Vanessa Fernandes

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo realizar um mapeamento das políticas públicas relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) existentes, em específico, em São Luís – MA, considerando a caracterização, diagnóstico, métodos de intervenção e a atuação do psicólogo frente ao Transtorno. É identificado como transtorno do desenvolvimento neurológico, que se caracteriza por dificuldades de comunicação e interação social. O seu diagnóstico, diferentes níveis de gravidade, métodos de intervenção, a Lei nº 12.764/2012, como Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e a atuação do psicólogo frente ao transtorno são pontos enfatizados. A metodologia se baseou em pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e empírico, abordagem qualitativa dos dados obtidos. As instituições mapeadas foram o Centro de Reabilitação em Transtorno do Espectro Autista – CER TEA, o Hospital Nina Rodrigues (HNR), onde funciona o Núcleo de Apoio à Saúde Mental da Criança e do Adolescente (NASMCA), o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSi e o Hospital Aquiles Lisboa. Os resultados demonstraram que apenas três destas instituições de fato oferecem serviços ao público com TEA. Concluiu-se que as políticas públicas de atendimento às pessoas com TEA em São Luís – MA oferecem serviços por meio de uma equipe multidisciplinar, em que o papel do psicólogo se destaca pelo atendimento diário a crianças e adolescentes a partir de protocolos de avaliação comportamental e pelo desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica destes pacientes quanto de suas famílias.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Psicólogo; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This study aimed to map public policies related to Autism Spectrum Disorder, specifically in São Luís - MA, considering the characterization, diagnosis, intervention methods and the psychologist's performance in the face of the Disorder. It is identified as neurological development disorder, which is characterized by difficulties in communication and social interaction. Its diagnosis, different levels of severity, intervention methods, Law No. 12.764 / 2012, as a National Policy for the Protection of the Rights of the Person with Autism Spectrum Disorder, and the psychologist's performance in the face of the disorder are emphasized points. The methodology was based on bibliographic research, of an exploratory and empirical character, qualitative approach of the obtained data. The mapped institutions were the Autism Spectrum Disorder Rehabilitation Center - CER TEA, the Nina Rodrigues Hospital (HNR), where the Child and Adolescent Mental Health Support Center (NASMCA) operates, the Child and Adolescent Psychosocial Care Center - CAPSi and the Hospital Aquiles Lisboa. The results showed that only three of these institutions actually offer services to the public with ASD. It was concluded that the public policies of care for people with ASD in São Luís - MA offer services through a multidisciplinary team, in which the role of the psychologist stands out for the daily care of children and adolescents based on behavioral and protocols of assessment for the development of prevention, promotion, protection and rehabilitation actions for the psychological health of these patients and their families.

Keywords: Autism spectrum disorder. Psychologist. Public policy.

LISTA DE SIGLAS

TEA –	Transtorno do Espectro Autista
SA –	Síndrome de Asperger
DSM –	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria
CID –	Classificação Internacional de Doenças
ABA –	Análise Aplicada do Comportamento
PECS –	Sistema de Comunicação por Figuras
TEACCH –	Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com déficits relacionados à Comunicação
AAPs –	Antipsicóticos atípicos
TDAH –	Déficit de Atenção com Hiperatividade
AMAs –	Associações de Amigos do Autista
APAEs –	Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS –	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi –	Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
PIT –	Plano Individual de Tratamento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
	2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA	13
	2.1.1 Caracterização	13
	2.1.2 Diagnóstico	15
	2.1.3 Métodos de intervenção	19
	2.1.3.1 Análise aplicada do comportamento – ABA.....	20
	2.1.3.2 Sistema de comunicação por figuras – PECS.....	21
	2.1.3.3 Son-rise.....	22
	2.1.3.4 Teacch.....	23
	2.2 POLÍTICAS PARA O TEA NO BRASIL.....	24
	2.3 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AO TEA.....	26
3	OBJETIVOS	30
	3.1 OBJETIVO GERAL.....	30
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4	METODOLOGIA	31
5	RESULTADOS	33
	5.1 SERVIÇOS MAPEADOS.....	33
	5.1.1 Centro de Reabilitação em Transtorno do Espectro Autista – CER TEA	33
	5.1.2 Hospital Nina Rodrigues	33
	5.1.3 Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSI	34
	5.1.4 Hospital Aquiles Lisboa	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	39
	ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-5 (2014), o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) apresenta-se como um transtorno do desenvolvimento neurológico, que se caracteriza por dificuldades de comunicação e interação social, além da presença de comportamentos repetitivos e/ou interesses restritos. Mesmo sendo estas características, o núcleo do transtorno, de acordo com seu nível de comprometimento, podem variar.

Em 1943, o TEA foi descrito pela primeira vez nos trabalhos de Leo Kanner, psiquiatra infantil austríaco, em estudo realizado com 11 crianças, meninos e meninas, em que descreveu aspectos que caracterizariam o então autismo infantil. Entre essas características, salientou a falha no uso da linguagem para fins de comunicação em situações sociais, com tendências à repetição e à utilização de pronomes inapropriadamente; e a resistência a mudanças, com excessiva preocupação em manter tudo igual (WHITMAN, 2015).

Essas características são salientadas na definição dos níveis do TEA, com seus critérios que são descritos no DSM-5 (2014), dentre os quais se destacam: deficiências na comunicação e interação social, que são persistentes; a repetição de comportamentos, com padrões, sejam verbais ou não, e restrição de interesses observáveis ou por histórico clínico. De acordo com esses critérios, têm-se métodos de intervenção para o tratamento do TEA. Dentre estes, encontram-se: a *Applied Behavior Analysis* (ABA), ou seja, Análise Aplicada do Comportamento (ABA), o Sistema de Comunicação por Figuras (PECS), o método Son-Rise e o Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com déficits relacionados a Comunicação (TEACCH).

A constatação do diagnóstico do TEA é realizada somente por médicos com conhecimento especializado para tanto. Porém, o seu tratamento envolve a participação de uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogos que, no exercício da Psicologia Clínica, podem desenvolver um Plano Individual de Tratamento (PIT) para a pessoa com TEA, utilizando métodos e técnicas que considerem as suas necessidades e potencialidades (TEIXEIRA, 2016).

Para viabilizar políticas públicas de acesso ao tratamento do TEA foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, com a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, estabelecendo diretrizes para que a proteção dessas pessoas se consolide. Essa Política foi alterada pela Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020, instituindo a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista

(Ciptea), além de dar outras providências. Demais documentos acompanharam essas Políticas, intitulados como “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”, em 2014; e “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, em 2015.

No contexto do Maranhão, essas políticas foram acompanhadas pela promulgação da Lei nº 487, de 06 de março de 2018, e pela Lei nº 10.990, de 09 de janeiro de 2019, dispondo, respectivamente, sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos públicos e privados no Município de São Luís – MA inserirem nas placas de atendimento prioritário o símbolo mundial do autismo, e as diretrizes para a implantação do Programa Censo de Pessoas com TEA - Transtorno do Espectro Autista - de seus familiares no Estado do Maranhão, além de darem outras providências.

Apesar das legislações acenarem para a consolidação dos direitos das pessoas diagnosticadas com TEA, ainda se percebe na prática que elas não são muito eficazes, visto que muitos autistas ainda não são amparados por esses direitos, tornando necessário que sejam realizadas políticas públicas com a participação efetiva dos entes públicos para assegurar o que é legalmente posto, cuja atuação do psicólogo é de suma importância para a sociedade.

Nesse âmbito, a pesquisa proposta é relevante para o universo acadêmico por apresentar conhecimento sistematizado sobre o TEA, contribuindo para desmistificar estereótipos que dificultam a intervenção do psicólogo frente ao transtorno. Para a comunidade em geral, pode contribuir para o acesso a informações de políticas públicas voltadas ao TEA, em específico em São Luís – MA, auxiliando famílias a obterem informações sobre o acesso a locais e serviços destinados ao tratamento do transtorno através do mapeamento realizado.

O problema da pesquisa considera as seguintes questões norteadoras: quais políticas contemplam o atendimento a pessoas com TEA em São Luís -MA? Quais serviços são oferecidos na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS para este público? Qual o papel do psicólogo no atendimento às pessoas com TEA?

O trabalho é estruturado em seis capítulos. No primeiro, realiza-se a introdução, com breve apresentação sobre os pontos principais do trabalho. No segundo, tem-se a fundamentação teórica, com a caracterização, diagnóstico, métodos de intervenção no TEA, como a ABA, o PECS, o Son-Rise e o TEACH, além de políticas nacionais e a atuação do psicólogo frente ao transtorno. No terceiro capítulo são apresentados os objetivos geral e

específicos do trabalho. No quarto, tem-se a metodologia da pesquisa, que é sustentada em pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa dos dados obtidos. Já no quinto e sexto capítulos, respectivamente, são apresentados os resultados e discussão da pesquisa com o mapeamento das políticas para o TEA em São Luís -MA, os serviços oferecidos e como ocorre o acesso à informação sobre os mesmos; e as considerações finais, respondendo às questões que nortearam a pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA

2.1.1 Caracterização

Para classificação e diagnóstico do TEA é utilizada a Classificação Internacional de Doenças – CID, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria – DSM. De acordo com a CID 10 (BRASIL, 1997), que oficialmente é adotada pela legislação brasileira, o TEA é incluído como Transtornos Globais do Desenvolvimento, contemplando demais transtornos, assim especificados com seus respectivos códigos de identificação:

Autismo infantil (F84.0), Autismo atípico (F84.1), Síndrome de Rett (F84.2), Outro Transtorno Desintegrativo da Infância (F84.3), Transtorno com Hipercinesia associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados (F84.4), Síndrome de Asperger (F84.5), Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84.8) e Transtornos Globais Não Especificados do Desenvolvimento (F84.9) (EDEPE, 2011, p.2).

Na década de 1940, esse tipo de transtorno foi definido pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner como Síndrome Comportamental, manifestada nos primeiros anos de vida, conforme pesquisa realizada com onze crianças, meninos e meninas. Posteriormente, descrições ultrapassaram esse diagnóstico, sendo definido como transtorno associado à esquizofrenia, transtornos de humor e, até mesmo, à deficiência mental isolada. Segundo o DSM-5 esse transtorno possui um quadro clínico bem definido, sendo assim caracterizado: “[...] condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental; associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental [...], com ou sem comprometimento intelectual concomitante ou sem comprometimento da linguagem concomitante [...]” (DSM-5, 2014, p. 14).

Em 1944, Hans Asperger, psiquiatra e pesquisador austríaco, em seu artigo “A psicopatía autista na infância”, salientou que os meninos eram mais acometidos das deficiências sociais graves, que são tipicamente associadas ao TEA, como a falta de empatia, e movimentos descoordenados. A esse respeito, ratifica Teixeira (2016, p.30): “[...] estima-se que ocorra um caso de autismo para cada 42 nascimentos de meninos, enquanto que para o

sexo feminino a relação seria de um caso para cada grupo de 189 meninas.” E para Volkmar e Wiesner (2019), o TEA é de 3 a 5 vezes mais comum em homens.

Conforme Zanon, Backes e Bosa (2014), o TEA se apresenta como um transtorno comportamental complexo, com vários sintomas, que combinam fatores genéticos e ambientais e, então, acompanha o indivíduo em todo o seu processo evolutivo. No que diz respeito ao fator genético, estudos científicos mostram que pais com um filho com esse transtorno possuem 10% de chances de terem um segundo filho com a mesma condição comportamental. E quanto aos fatores ambientais, doenças congênitas, como rubéola, meningite, além do uso de drogas, má nutrição durante o período gestacional, poderiam desencadear em alterações nas estruturas cerebrais da criança, ocasionando o TEA (TEIXEIRA, 2016).

Ainda segundo Teixeira (2016), as condições comportamentais prejudiciais ao desenvolvimento de habilidades sociais, de comunicação e cognição da criança definem o transtorno e seu surgimento nos primeiros anos de vida. E, para melhor esclarecimento sobre estas e demais condições que implicam no transtorno, destaca o maior estudo sobre o assunto, denominado “SEED – Study to Explore Early Development (Estudo para explorar o Desenvolvimento Precoce)”, cujo objetivo foi identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do TEA, enaltecendo o que ajudaria na compreensão sobre suas causas, prevenção e tratamento.

De acordo com Whitman (2015), existem teorias atuais que explicam os fatores que condicionam o TEA: teorias socioambientais, psicológicas e biológicas. As teorias socioambientais focam em como a família e demais aspectos sociais influenciam no desenvolvimento do transtorno; as teorias psicológicas destacam como condicionantes do transtorno os processos cognitivos, a linguagem e a integração sensorial; e as teorias biológicas consideram os fatores genéticos, neuroquímicos e ambientais como desencadeadores do transtorno.

Já Gaiato e Teixeira (2018) são categóricos ao enfatizarem que o TEA é uma condição neurobiológica, cuja origem é genética, decorrente de alterações no código genético do feto em desenvolvimento e que ocasionam reações químicas responsáveis por modificar “[...] a qualidade, a produção, a forma, a organização e o número de células e alteram a expressão química desses neurônios” (GAIATO; TEIXEIRA, 2018, p.21).

Em estudo realizado pelo Center for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças), publicado em 2020, foi constatada, nos Estados Unidos, a incidência do TEA em cerca de uma a cada 54 crianças. Esse resultado decorreu de dados

obtidos pela “*Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network*” (Rede de Monitoramento de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento), em estudo “[...] realizado a cada dois anos, em que são analisadas as prevalências dos transtornos do espectro autista em diversas comunidades de todo o país” (TEIXEIRA, 2016, p.30).

No Brasil, a partir de questionários enviados em 2011 e 2012 a instituições vinculadas aos eventos promovidos pela Associação Brasileira de Autismo /Associação de Amigos do Autista (ABRA/AMA), foram realizadas projeções sobre a quantidade de pessoas com TEA. Essas instituições foram Associações diversas fundadas por familiares e/ou profissionais que atendiam diversas deficiências; clínicas particulares, com fins lucrativos, mas que, via convênio, ofereciam vagas gratuitas ou bolsas parciais de atendimento ao público com TEA; e órgãos públicos, que prestavam atendimento terapêutico ou educação a pessoas com problemas psicossociais, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil – CAPSi. Constatou-se que no Brasil haveria cerca de 1,2 milhão de pessoas com TEA (MELLO *et al.*, 2013).

2.1.2 Diagnóstico

Inicialmente, faz-se necessário frisar que o diagnóstico do TEA “[...] é clínico, depende de uma minuciosa avaliação comportamental da criança e da entrevista com os pais. Caso a criança já esteja inserida em um programa educacional, a avaliação pedagógica escolar será muito importante também.” (GAIATO; TEIXEIRA, 2018, p.35). Nessa avaliação, cabe aos médicos, com profundo conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, identificarem se há atraso quanto às habilidades básicas referentes à fala, linguagem corporal, cognição, empatia e comportamento social, que servem de sinal para um problema de desenvolvimento.

Segundo relato original de Kanner são considerados dois aspectos essenciais para o diagnóstico do TEA: o isolamento social e os comportamentos atípicos e insistência nas mesmas coisas. Quanto a comportamentos atípicos, Kanner destacou a linguagem que, segundo ele, seria atípico quando a criança, que já havia desenvolvido a linguagem por completo, não conseguiria dar a entonação adequada à sua fala, podendo falar como um robô, apresentando eco (ecolalia), “[...] ou, ainda, quando questionada se queria um biscoito, ela podia responder: ‘Quer biscoito, quer biscoito, quer biscoito.’” (VOLKMAR; WIESNER, 2019, p.2). Este último aspecto caracteriza estereotípias verbais, que são “[...] repetições automáticas de frases, palavras ou sons pronunciados pela criança de uma forma mecânica e sem nenhuma finalidade linguística” (TEIXEIRA, 2016, p.27).

A linguagem se constitui em um pilar para o diagnóstico do TEA, já que a maioria dos pacientes que a apresentam não falam quando são diagnosticados com o transtorno, sendo que aproximadamente 70% deles permanecem sem fala no decorrer de suas vidas. No entanto, mesmo com dificuldades linguísticas, muitas crianças aprendem a falar pequenas frases e são capazes de seguir instruções simples, e outras podem apresentar falas rebuscadas e complexas (TEIXEIRA, 2016). Logo, torna-se importante compreender:

Déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variadas, dependendo da idade, do nível intelectual e da capacidade linguística do indivíduo, bem como de outros fatores, como história de tratamento e apoio atual. Muitos indivíduos têm déficits de linguagem, as quais variam de ausência total da fala, passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco até linguagem explicitamente literal ou afetada (DSM-5, 2014, p. 53).

No que concerne à comunicação social, as crianças com TEA podem apresentar déficits na interação com familiares e demais pessoas de seus convívios, sendo comum a ocorrência da falta de interesse por coisas ou outras crianças; dificuldade de se relacionar socialmente de maneira adequada; aproximação de uma maneira não natural, robotizada; demonstração de pouco interesse no que o outro diz ou sente; e dificuldade no entendimento da linguagem não-verbal (GAIATO, 2018).

Os comportamentos repetitivos são característicos das crianças diagnosticadas com TEA, sendo expressos de diferentes maneiras: nos movimentos repetitivos ou estereotipados com objetos e/ou fala; falar sozinho, com uma linguagem própria, narrando repetições de filmes, desenhos; comportamentos padronizados, com insistência em rotinas, sendo que pequenas mudanças realizadas é fator para extrema angústia; e estereotípias motoras, com movimentos repetitivos com o corpo ou com as mãos (GAIATO, 2018).

É necessário que sejam conhecidos os critérios e comportamentos inerentes ao TEA para que crianças sejam diagnosticadas com o transtorno. O quadro a seguir mostra as características do TEA segundo os critérios diagnósticos do DSM:

Quadro 1 – Critérios e comportamentos de crianças com TEA

Tipo de Critério	Descrição	Comportamentos
A	Deficiências persistentes na comunicação e interação social.	1. Limitação na reciprocidade social e emocional; 2. Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social; 3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de

		comportamento para se ajustar as diversas situações sociais.
B	Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela história clínica.	1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala; 2. Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais; 3. Interesses restritos que são atípicos na intensidade e foco; 4. Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente.
C	Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos até que a demanda social exceder suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratégias de aprendizado ao longo da vida.	Não definidos
D	Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente.	Não definidos
E	Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.	Não definidos

Fonte: Elaboração própria adaptada do DSM-5 (2014)

Os critérios referidos servem de avaliação do quadro clínico para diagnóstico do nível do transtorno, já que não se têm testes laboratoriais para que seja detectado. Esses níveis são: leve, moderado e severo. Para que sejam definidos é considerado o quanto a pessoa necessita de apoio para a satisfação de suas necessidades diárias. Porém, independentemente do nível identificado, a pessoa necessita de apoio e cuidados específicos, sendo que no nível leve precisa de apoio; moderado, exige apoio substancial; e severo, exige apoio muito substancial (BARBOZA; LIMA; PORTO, 2018).

O nível de gravidade do TEA é descrito no DSM -5 (2014):

Quadro 2 – Níveis de gravidade do TEA

Nível	Exige	Déficits
1	Apoio	Na comunicação social que causam prejuízos notáveis, quando há ausência de apoio; Dificuldade para iniciar interações sociais e insucesso quando há abertura social dos outros;

		Pode, por exemplo, falar frases completas e envolver-se na comunicação, mesmo que apresente falhas na conversação; Tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.
2	Apoio substancial	Graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; Há prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; Limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou atípica a aberturas sociais que partem de outros; Inflexibilidade do comportamento; Dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos que surgem com frequência; Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
3	Apoio muito substancial	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal que causam grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros; Reage somente a abordagens sociais muito diretas; Inflexibilidade de comportamento; Extrema dificuldade em lidar com a mudança.

Fonte: Elaboração própria adaptado do DSM-5 (2014)

A identificação dos níveis do TEA é favorecida pelo diagnóstico precoce do transtorno, propiciando o início mais imediato de um programa de tratamento, já que, como outrora mencionado, não se têm testes laboratoriais para que seja detectado. Para tanto, testes neurológicos devem ser utilizados para a verificação do nível de comprometimento das habilidades cognitivas da criança, visando o monitoramento de sua evolução e o planejamento de intervenções (BARBOZA; LIMA; PORTO, 2018). Destaca-se que quanto mais cedo o diagnóstico seja realizado, tão logo pode se iniciar as intervenções e assim mais chances são oferecidas à criança de desenvolver e adquirir uma melhor qualidade de vida, com sua família, na escola, e em demais espaços sociais que participe. No entanto, faz-se necessário o encaminhamento a especialistas, como o neuropediatra ou psiquiatra infantil, tendo em vista avaliações para o devido diagnóstico (WHITMAN, 2015).

Entre os instrumentos para rastrear precocemente o TEA, tem-se a escala *Modified checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), que pode ser aplicado por qualquer pessoa, devido a sua simplicidade, junto aos pais ou cuidadores da criança, e visa identificar indícios do transtorno em crianças entre 18 e 24 meses (GAIATO, 2018). Esse lapso de tempo

considera o fato de que os sintomas do TEA são evidenciados antes dos 36 meses de idade, o que justifica a necessidade de os profissionais da área da saúde buscarem o diagnóstico precoce do transtorno, para que seus danos à vida da criança sejam amenizados, fornecendo-lhe oportunidades de recapacitação e melhoria do seu quadro (DSM-5, 2014).

Para um diagnóstico clínico do TEA é necessária anamnese completa, realizada por profissionais qualificados, junto aos pais e cuidadores da criança para que sejam constatados comportamentos que justifiquem o transtorno. Para tanto, são utilizados critérios da CID 10 (TAMANAHA, 2013) a serem observados: “[...] alterações quantitativas e qualitativas de comunicação verbal e não verbal, de interação social e comportamentos restritos e repetitivos” (TAMANAHA, 2013, p. 12).

2.1.3 Métodos de intervenção

Partindo das dificuldades, limitações, mas também potencialidades das pessoas com TEA, torna-se necessária a utilização de métodos de intervenção por uma equipe multidisciplinar, que envolve psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais e educadores, para que, através de um esforço em conjunto, essas pessoas possam ter, dentro do possível, uma qualidade de vida.

Essa equipe multidisciplinar é encontrada, em âmbito público e nacional, em Associações de Amigos do Autista – AMAs, Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAEs e órgãos públicos, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil – CAPSi.

É importante frisar que o CAPS compõe uma rede de instituições destinadas ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais, conta com uma equipe multidisciplinar e legitima o processo de democratização do acesso à saúde mental no Brasil, bem como representa uma denúncia à situação precária dos hospitais psiquiátricos em nosso país.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p.12).

Cabe acrescentar, como serviço de atendimento à saúde mental, os CAPS têm como objetivos:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004, p.13).

A rede que abrange o CAPS auxilia no atendimento às pessoas com TEA e suas famílias, com a participação de uma equipe multidisciplinar, responsável por realizar ações que possam complementar o tratamento do transtorno, que conta com o uso de medicamentos para a diminuição de sintomas, como desatenção, irritabilidade, impulsividade e alterações no sono. Associado ao diagnóstico precoce, o uso de medicamentos contribui para demais intervenções no sentido de dirimir as consequências do transtorno, que não tem cura (WHITMAN, 2015).

No entanto, acrescenta-se, que não há medicações específicas para o TEA, e que aquelas direcionadas a crianças pequenas podem ser usadas para tratar sintomas que interfiram em intervenções terapêuticas, cabendo ao médico decidir por essa indicação, avaliando cuidadosamente cada caso (GAIATO, 2018).

2.1.3.1 Análise aplicada do comportamento – ABA

A *Applied Behavior Analysis*, popularmente conhecida como terapia ABA, destina-se à eliminação ou aquisição de comportamentos previamente observados e identificados conforme critérios de funcionalidade do indivíduo em relação aos espaços em que convive. É aplicada a vários contextos, dentre eles tem tido muita eficácia no ensino de habilidades para crianças autistas. Então, habilidades são ensinadas às crianças em etapas, por meio de instrução ou indicação de um terapeuta (SAMPAIO, 2014).

Advinda do campo do Behaviorismo, sustentando-se nos estudos de Skinner, por combinar ambiente, comportamento e aprendizagem como fatores condicionantes, essa terapia possui diversas aplicações, por ser um sistema diretivo para que sejam desenvolvidas potencialidades, por etapas, cumpridas de maneira lúdica e individual. Cada etapa é iniciada por indicação ou instrução, ou seja, com o apoio necessário, que é retirado o mais breve possível no intuito de que a criança não se torne dependente desse apoio (SANTOS, 2008).

A ABA conta com técnicas e métodos, com abordagem psicológica eficaz no desenvolvimento de comportamentos funcionais e habilidades de linguagem e redução dos comportamentos inadequados. Caracteriza-se por não ser punitiva, com geração de ações que positivam o esforço e objetivos dos pacientes, privilegiando atividades sociais e educacionais, de linguagem, cuidados pessoais, desenvolvimento motor e suas brincadeiras (LEAR, 2010).

Sendo uma ciência, formada por um conjunto de princípios amplamente pesquisados e comprovados em sua eficiência, a ABA trabalha, além do desenvolvimento de habilidades, a redução de comportamentos que interferem na integração e desenvolvimento do indivíduo com TEA, como as estereotípias, autolesões, agressões, utilizando um tratamento baseado em programa personalizado, priorizando a sua independência e autonomia e assim baseado em suas necessidades particulares (GAIATO, 2018).

A ABA busca o resgate das potencialidades das crianças com TEA para que as utilizem no seu aprendizado e assim se tornem independentes a partir da construção de pré-requisitos transformados em comportamentos adequados. Considera-se o fato de que os desvios comportamentais dessas crianças não escampam às leis da aprendizagem a que estão sujeitos aos comportamentos em geral, o que torna possível a melhoria do quadro apresentado, “[...] utilizando-se os princípios de aprendizagem como reforçamento e modelação comportamental” (SAMPAIO, 2014, p. 4).

2.1.3.2 Sistema de comunicação por figuras – PECS

O método *Picture Exchange Communication System* (PECS) – Sistema de Comunicação por Troca de Figuras, considera o desenvolvimento de habilidades comunicacionais da criança com TEA, permitindo que se conscientize que a comunicação é o meio para que consiga mais rapidamente as coisas que deseja, tanto em relação a objetos ou pessoas, como por exemplo, a atenção dos pais, diminuindo de maneira expressiva problemas de conduta. Dessa forma, possibilita à pessoa com TEA comunicar-se “[...] de forma funcional por intermédio da troca de figuras” (GAIATO, 2018, p.89).

O PECS é definido pela AMA como um método de comunicação alternativa que, por meio da troca de figuras, é uma ferramenta valiosa tanto para pessoas com TEA que não desenvolveram a linguagem falada quanto para aquelas que possuem dificuldades ou limitações na fala. A sua eficácia é demonstrada em estudos sobre o método, comprovando que aumenta a intenção comunicativa das pessoas com TEA (GAIATO, 2018).

Esse método é constituído de seis etapas sequenciais: na Fase 1 – o intercâmbio físico: há o intercâmbio assistido, com a presença de 2 terapeutas, que agem como se respondessem ao que a criança tivesse falado, oferecendo-lhe pelo menos 30 oportunidades diárias, com reforço gradual. Não são evitados os problemas iniciais, como a irritação e a falta de atenção da criança; na Fase 2 – desenvolvendo a espontaneidade: são delineados passos para brincadeiras de 10 a 15 segundos com o objeto desejado. Há o aumento da distância entre a criança e o terapeuta e, posteriormente, entre a criança e a fotografia; Fase 3 – discriminação de fotografias: é apresentado, inicialmente, um objeto que a criança deseja muito e um que ela não prefira. Através de reforço, com elogios à criança perante a escolha de imagens e manipulação daquelas que não lhe são preferidas, contando com 8 a 10 resultados com sucesso, a criança é conduzida a aprender a fazer escolhas. A mudança de imagens no quadro de aprendizagem é essencial para que não haja rotina no desenvolvimento do processo; Fase 4 – estrutura da oração: a criança já solicita objetos presentes e não presentes utilizando uma frase que observa num livro. É importante que lhe sejam oferecidas oportunidades para solicitar objetos que não estão à vista. Fase 5 – resposta a “o que queres?”: a criança solicita espontaneamente uma variedade de objetos e pode responder a esta questão, acompanhada, inicialmente, pela presença visual da frase “Eu quero” no quadro de comunicação; e a Fase 6 – resposta e comentário: a criança responde de modo apropriado a questões como “O que queres?”, “O que tens?” e a demais perguntas semelhantes de maneiras aleatória (SANTOS; SOUSA, 2015).

As imagens podem ser expostas em cartões feitos com materiais tipo cartolina cartão ou guache, sendo retiradas de revistas, livros velhos, jornais, o que torna o método simples e, desde que acompanhado por profissionais com uma preparação adequada para o desenvolvimento de cada fase, possibilita o desenvolvimento da fala das crianças com TEA, dentro das especificidades que envolvem cada caso, de uma maneira organizada.

2.1.3.3 Son-rise

O Son-Rise foi desenvolvido pelo *The Autism Treatment Center of America, em Massachusetts*, nos Estados Unidos, na década de 1970, por Barry e Samahria Kaufman, sendo um método educacional para crianças com TEA realizado em diversos países e com expressivos resultados. Sua implementação é domiciliar, conduzido pelos pais, que têm papel decisivo na condução do Programa, pois conhecem melhor que ninguém seus filhos e possuem vínculo afetivo que favorece o processo de tratamento (TOLEZANI, 2010).

A interação social é o foco do Programa, já que a limitação nas relações sociais é o principal transtorno presente nas pessoas com TEA (COLL *et al.*, 2004). Nesse âmbito, os pais são instruídos a criarem interações diárias, de maneira lúdica, para que favoreçam o desenvolvimento de habilidades funcionais de seus filhos, visando que tenham uma vida independente. Essa instrução é favorecida pela presença de uma equipe multidisciplinar, responsável pelas orientações em cada estágio de desenvolvimento da pessoa com TEA. Para tanto, torna-se essencial a aceitação da pessoa com TEA, “[...] associada a uma atitude positiva – de entusiasmo e esperança – em relação ao potencial de desenvolvimento desta pessoa, são princípios básicos para o tratamento” (TOLEZANI, 2010, p. 2).

A espontaneidade da pessoa com TEA conduz, inicialmente e sem cobranças, as atividades. Quando se mostra empolgada a repetir ou continuar a ação, o facilitador começa as cobranças no que tange ao contato visual, comunicação, flexibilidade, habilidades cognitivas, de vida diária e motricidade. Dessa forma, o estágio de interesse é alterado para o altamente conectado (SANTIAGO; TOLEZANI, 2011).

2.1.3.4 Teach

O método de tratamento TEACCH, *Treatment and Education of Autistic and Related Communication handicapped Children*, traduzido para o português como “Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação”, baseia-se na investigação de condutas e tratamento voltados ao estímulo visual, de modo que a criança interaja pela linguagem, compensando os déficits ocasionados pelo TEA. Predomina a característica funcional e prática do aprendizado (KWEE; SAMPAIO; ATHERINO, 2011).

Constituindo-se num método psicoeducacional, o TEACCH visa à estruturação da vida da pessoa com TEA em diferentes ambientes sociais, preconizando a necessidade de escuta da família para a realização de uma parceria com orientações. Condensa o agrupamento de dois métodos, a ABA e o PECS, respectivamente, por trabalhar com a identificação de estímulos e a comunicação por imagens (SANTOS, 2008).

Em estudo realizado com três crianças com TEA, foi constatado que elas se desenvolveram de maneira expressiva. Foram auxiliadas a lidarem com situações confusas, mudando certas tendências comportamentais através do tratamento direcionado às suas subjetividades. Nesse sentido, o ensino estruturado é a essência do método, voltado à organização do ambiente, por meio de rotinas e atividades como formas de ensino, em que o

desenvolvimento de habilidades funcionais é a principal orientação, sobretudo no tocante às áreas de comunicação e autonomia. Isto impacta na adaptação dessas pessoas, principalmente quando se sentem aflitas em situações de mudança, ao destacar os seus pontos fortes para que superem ou, acrescenta-se, amenizem suas aflições (FONSECA; LEON, 2013; WHITMAN, 2015).

A utilização de um Programa de aprendizado individualizado demarca o método. Ele é desenvolvido a partir da estruturação de uma sala com recursos visuais que despertem o interesse do aluno com TEA, contendo objetos, símbolos, cartões ou até mesmo a própria escrita, que deverá fazer parte um painel na lateral da sala. Tal aspecto deve considerar o grau de entendimento da criança. Além disso, a sala conta com mesas para o trabalho independente, com materiais concretos, e um canto livre para o aluno realizar aquilo que mais gosta como forma de recompensa. Para os alunos com maior idade, as estratégias de trabalho são voltadas à vida prática para que obtenham autonomia em suas ações: são ensinados a cozinhar, lavar, estender e passar roupas e organizar a casa.

A esse respeito, devem ser considerados os níveis de desenvolvimento da pessoa com TEA, com a organização do ambiente físico através de rotinas bem definidas e função de uso, além de comunicação visual, por murais ou cartões informativos, painéis ou agendas - e sistemas de trabalho para que compreenda o que se espera dela de modo que possa agir de forma independente no tempo que não contar com o professor para o seu aprendizado (MOREIRA, 2015).

2.2 POLÍTICAS PARA O TEA NO BRASIL

A partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, cujo tema foi “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, houve uma reorientação do modelo assistencial no Brasil, constituindo-se no principal eixo temático da Conferência. Foram criadas modalidades assistenciais, dispositivos e ações, destacando-se o CAPS, os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs, os Centros de Convivência, além de serviços residenciais terapêuticos, atenção domiciliar e ações comunitárias e territoriais. Isto potencializou redes sociais e de suporte, bem como o desenvolvimento de projetos para acesso a direitos e participação na vida pública das pessoas atendidas nesses estabelecimentos.

Em 2012, com a criação da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro

Autista, foram reconhecidos os direitos da pessoa com TEA sob diferentes campos: dos direitos básicos, assistencial, até o científico/acadêmico e educacional/pedagógico (OLIVEIRA, 2015). O art. 3º da Lei confirma esses direitos:

- I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
- II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;
- III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
 - a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
 - b) o atendimento multiprofissional;
 - c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
 - d) os medicamentos;
 - e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;
- IV - o acesso:
 - a) à educação e ao ensino profissionalizante;
 - b) à moradia, inclusive à residência protegida;
 - c) ao mercado de trabalho;
 - d) à previdência social e à assistência social (BRASIL, 2012, p.1).

Para a definição dos direitos supracitados, a Lei nº 12.764/2012 reconhece as pessoas com TEA como pessoas com deficiência, portadoras de uma síndrome clínica, caracterizada como deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifesta na comunicação verbal e não verbal, bem como na dificuldade em desenvolver relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, com padrões restritivos e repetitivos de comportamentos e interesses restritivos e fixos (BRASIL, 2012).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS), no intuito de fornecer orientações para o tratamento das pessoas com TEA no Sistema único de Saúde (SUS), definiu os seguintes documentos: "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista" e "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias". O primeiro documento apresenta orientações às equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da Rede SUS para que haja o cuidado à saúde tanto da pessoa com TEA quanto à sua família, contemplando, dentre outros aspectos, a importância da detecção de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento e indicadores de comportamento do TEA (BRASIL, 2014). Já o segundo documento delinea os princípios de organização dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de modo que seja garantido o cuidado continuado, comunitário/ territorial das pessoas com TEA e seus familiares pelo trabalho em rede intersetorial (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar que a intersetorialidade é uma das diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, conforme art. 2º dessa

Política, visando o desenvolvimento de ações e políticas públicas que tenham a participação da comunidade para a atenção integral das necessidades de saúde da pessoa com TEA, tendo em vista “[...] o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes” (BRASIL, 2012, p.1).

Em 2020, com a Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020, foi incluído o § 3º, ao art.1º da Lei nº 12.764/2012, determinando que os estabelecimentos públicos e privados poderão utilizar fita quebra-cabeça, que é um símbolo mundial para conscientização do TEA, para identificar a prioridade no atendimento. A mesma Lei, na garantia dessa prioridade, em especial nos estabelecimentos das áreas da saúde, educação e assistência social, criou a Carteira de Identificação da Pessoa com TEA – Ciptea (BRASIL, 2020).

Complementando essas Políticas de apoio aos indivíduos com TEA, surgiram instituições em defesa dos seus direitos, até mesmo anterior a essas Políticas, como é a AMA, criada em 1983, em São Paulo –SP, e demais instituições, como a ABRA, a Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA) e a Fundação Mundo Azul. Essas instituições são resultado da mobilização política para que as pessoas com TEA sejam contempladas com projetos de lei e recursos públicos que possam lhes proporcionar “[...] novos tratamentos, pesquisas e atendimentos em saúde e educação, além da produção de conhecimento” (NUNES, 2014, p.15).

2.3 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AO TEA

Partindo da normatização da prática psicológica, conforme Resolução CFP 10/2000, o psicólogo pode utilizar métodos e técnicas psicológicas, desde que reconhecidos pela ciência, para promover a saúde mental e propiciar condições para enfrentar conflitos e/ou transtornos psíquicos (BRASIL, 2000), incluindo assim o TEA.

De acordo com Oliveira *et al.* (2014), o psicólogo, por sua importância analítica, deve estar inserido no diagnóstico da pessoa com TEA, em um estudo multidisciplinar, para que averigüe se o comportamento apresentado pelo paciente é contrário ao que se tem como típico, visando o diagnóstico dos sintomas que, acrescenta-se, possam legitimar o transtorno. A Lei nº 4.119, de 27 de agosto, de 1962, em seu art.13, § 1º, alínea a, confirma a atribuição do psicólogo: “§ 1º Constitui função privativa do Psicólogo e utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico;” (BRASIL, 1962, p. 1).

A intervenção multidisciplinar propicia o tratamento em suas múltiplas dimensões, contemplando a orientação da família, o desenvolvimento da linguagem e

comunicação social do paciente com TEA, para que tenha um mundo mais acessível conforme as suas particularidades (TOLEZANI, 2010).

Segundo Sampaio (2014), para a avaliação psicológica do TEA é necessário: ouvir o relato dos pais sobre o desenvolvimento do filho; ter contato com a criança para que se familiarize com a mesma e a criança ao novo ambiente, ou seja, a clínica ou consultório, tendo em vista observar seu comportamento nesse espaço; elaborar relatório, considerando os comportamentos que deve desenvolver, manter ou minimizar; realizar a análise funcional dos comportamentos disfuncionais para estabelecimento de um plano de ação eficaz para a mudança do repertório comportamental identificado; estabelecer metas a serem cumpridas, com os procedimentos necessários, avaliando constantemente se estão adequados à intervenção proposta.

No contexto das práticas clínicas que priorizam o desenvolvimento da saúde mental, o papel do psicólogo é indispensável, requerendo, para tanto, que ressignifique sua concepção de homem e de mundo, (re) construindo suas proposições teóricas para a prática do psicodiagnóstico e das psicoterapias (MÄDER, 2016). Isto converge com o atendimento do psicólogo ao paciente com TEA, no sentido de que é necessário ampliar seus conhecimentos, desenvolver competências e habilidades, que em âmbito geral podem ser adquiridas no seu processo de formação. Conforme a Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, tem-se:

Art. 4º A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

a) *Atenção à saúde*: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética;

Entre as ações voltadas à saúde psicológica e psicossocial dos indivíduos com TEA, cabe ao profissional desenvolver um Plano Individual de Tratamento (PIT), que considera as condições individuais da criança com TEA, englobando diversas possibilidades com base nas suas necessidades específicas, o grau de gravidade dos sintomas, bem como a disponibilidade e adesão da família ao tratamento (TEIXEIRA, 2016).

Em relação à participação da família, essencial para os bons resultados do tratamento, faz-se necessário enfatizar que, diante as dificuldades de relacionamento com a criança, o psicólogo, dentro das especificidades do seu trabalho, pode intermediar o relacionamento entre os pais e a criança, para que sejam desenvolvidas relações afetivas mais

intensas que contribuam para maior segurança da criança durante as suas intervenções e continuidade de suas ações no ambiente familiar. Tal aspecto deve ser considerado no momento de apresentação do PIT, que é “[...] carregado de emoção, preocupações, dúvidas e muita ansiedade por parte dos pais” (TEIXEIRA, 2016, p.61), que, normalmente negam o diagnóstico, o que pode adiar o tratamento, decorrendo na perda de tempo no tratamento, de meses, “[...] ou porque não querem enxergar ou porque estão esperando um diagnóstico formal, no papel, o que é muito difícil de obter, ainda mais nos primeiros anos, pois ainda há profissionais de saúde que desconhecem as particularidades dos sinais precoces” (GAIATO, 2018, p.54).

Para Semensato e Bosa (2014), a comunicação do diagnóstico do TEA pode ser processual, e não apenas em um momento, tendo em vista uma melhor compreensão do comunicado, bem como que o profissional que informa saiba como a família percebe o transtorno para assim definir um melhor plano de trabalho.

Sob esse prisma, o auxílio do psicólogo é essencial para a instrução da família, de modo que se torne ativa nas decisões e percepção de auxílio aos filhos com TEA (SOARES, 2012). Para tanto, a capacitação à família, como auxílio afetivo no enfrentamento dos problemas e aplicação de corretivas necessárias, é primordial para o controle da criança e de seu grupo familiar, o que deve fazer parte da análise funcional dos comportamentos disfuncionais da criança, sendo um dos passos para a realização do processo de avaliação psicológica do TEA (SAMPAIO, 2014).

Além do passo supracitado, outros são destacados na avaliação psicológica do TEA: ouvir o relato dos pais sobre o desenvolvimento do filho e, ainda, utilizar vídeos da criança para observar seu comportamento no dia a dia; ter contato com a criança não somente para que se familiarize com o novo ambiente, no caso a clínica ou consultório, mas também para que sejam observados seus comportamentos nesse ambiente; a elaboração de um relatório com as classes de comportamentos a serem instalados, mantidos ou minimizados, com avaliação constante da intervenção proposta (SAMPAIO, 2014).

Retomando ao PIT, torna-se necessário que sejam considerados cinco pilares de orientação na sua elaboração: individualização do tratamento, atendimento personalizado, atendimento interdisciplinar, coordenação de serviços e defesa de direitos e orientação de pais e cuidadores (TEIXEIRA, 2016). Esses pilares consideram “[...] a necessidade da pessoa por uma combinação de serviços individualizados e coordenados que durem por toda a vida ou por tempo prolongado” (WHITMAN, 2015, p. 36).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um mapeamento das políticas públicas relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista existentes, em específico, em São Luís – MA, considerando a caracterização, diagnóstico e métodos de intervenção e atuação do psicólogo frente ao Transtorno.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o TEA quanto à sua definição e critérios para diagnóstico;
2. Identificar métodos de intervenção no tratamento do TEA;
3. Mapear políticas públicas voltadas ao TEA em São Luís – MA;
4. Identificar o papel do psicólogo frente ao TEA com base nos serviços oferecidos a partir das políticas públicas mapeadas em São Luís -MA.

4 METODOLOGIA

4.1 – Tipo de Pesquisa

Quanto ao objetivo, a pesquisa foi exploratória, tendo em vista alcançar maior familiaridade com o problema, ou seja, explicitá-lo, envolvendo levantamento bibliográfico e pesquisa de campo (GIL, 2009). O levantamento bibliográfico considerou as seguintes fontes: livros, artigos, revistas, leis, publicados ou não por meios eletrônicos e, no uso destes, houve o acesso a repositórios institucionais para maior credibilidade teórica acerca das discussões sobre o objeto de estudo. Uma das vantagens do levantamento bibliográfico é que ele permite ao investigador coletar um maior número de informações, possibilitando economia de tempo para acrescentar e condensar dados de interesse da pesquisa, que estão dispersos no tempo e no espaço.

4.2 – Coleta de Dados

A pesquisa de campo ocorreu nos espaços que se identificou que ofereciam atendimento a pessoas com TEA, embora tenha se entrado em contato com as instituições, mas a investigação ocorreu de forma documental a partir de um roteiro de questões assim definidas:

1. Tempo de funcionamento do serviço;
2. A identificação do tipo de abordagem realizada;
3. Qual o procedimento de entrada;
4. Qual a frequência dos atendimentos;
5. A descrição do espaço e das especialidades para atendimento;
6. A identificação dos formulários utilizados no atendimento;

4.3 – Procedimento

Os procedimentos adotados na coleta de dados foram os seguintes:

1. Revisão dos materiais pesquisados para a escolha daqueles que mais convergiam com o objeto de estudo: identificar, coletou-se e analisou-se as principais contribuições e/ou publicações sobre o tema.
2. Pesquisa e escolha dos locais de atendimento do TEA em São Luís – MA: localizou-se no portal do governo do Maranhão e da prefeitura de São Luís através da pesquisa “autismo” e “tea” todos os serviços que foram inaugurados desde a primeira publicação.
3. Elaboração do instrumento de coleta de dados: na investigação documental buscou-se identificar, através de papéis, informações que pudessem ser úteis para a comunidade interessada, tais como, a maneira que se dá o procedimento de entrada, a frequência dos atendimentos e a descrição das especialidades oferecidas no atendimento.
4. Contatou-se via telefone, ou e-mail, as coordenações das instituições que oferecem atendimento a pessoas com TEA, e agendou-se as visitas aos locais de pesquisa. A busca dos contatos foi realizada através de pesquisa online.
5. Visita aos locais de pesquisa para o levantamento de informações via roteiro pré-estabelecido para esse fim. As visitas foram agendadas, previamente, com os responsáveis de cada local, onde se deu a investigação documental. As informações coletadas foram registradas em um caderno.
6. Transcrição de tudo que foi escrito no caderno para sistematização e análise das informações coletadas na pesquisa documental.
7. Construção de um resumo do mapeamento sintetizado.

5 RESULTADOS

5.1 SERVIÇOS MAPEADOS

5.1.1 Centro Especializado de Reabilitação em Transtorno do Espectro Autista – CER TEA

Localizado no bairro Olho D'água, o anexo do CER Olho D'água, o CER TEA, funciona desde o dia 11 de dezembro de 2019 e é atualmente o único local com intervenção padrão SUS baseado em análise do comportamento da cidade de São Luís. Conta com uma equipe de psicólogos, que atende em três modalidades, sendo essas: intensiva (todos os dias, por 1h e 10min), semi-intensiva e intervenção precoce (três vezes na semana, sendo uma delas com a presença dos pais), além dos atendimentos convencionais multiprofissionais, realizados por terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos, musicistas e educadores físicos. É o único local que oferece a modalidade intensiva de tratamento.

Para a realização dos atendimentos é necessário encaminhamento de um profissional do SUS (neuropediatra ou qualquer médico com especialidade em infância), fornecendo um laudo que manifeste a necessidade do atendimento e sua modalidade. Para tanto, conta com a seguinte estrutura: recepção, administração, triagem, fraldário, banheiros, copa, sala de avaliação e acompanhamento familiar, sala do grupo terapêutico ABA, sala de atendimento semintensivo, sala multimídia, quarto funcional, além de sete salas de atendimento e cinco consultórios. Quanto aos instrumentos utilizados no atendimento têm-se: protocolos de avaliação comportamental, com marcos de desenvolvimento, adaptados pela psicóloga responsável, sendo devidamente arquivados pela mesma e equipe do CER/TEA.

5.1.2. Hospital Nina Rodrigues

O Hospital Nina Rodrigues (HNR) é localizado no bairro Monte Castelo. Possui um núcleo, o Núcleo de Apoio à Saúde Mental da Criança e do Adolescente (NASMCA), com capacidade para atender cerca de 200 pacientes por mês, de segunda à sexta, das 8h às 18h, oferecendo atendimentos de psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional de forma interligada ao ambulatório do HNR. Funciona desde 22 de outubro de 2020 e o agendamento para abrir prontuário novo só irá acontecer de acordo com a necessidade do município, via

encaminhamento. Em termos estruturais, o núcleo possui uma recepção, três consultórios para atendimento de cada especialidade e dois sanitários (feminino e masculino).

Em relação ao primeiro atendimento, o paciente deve portar os documentos de identidade, CPF, cartão do SUS, comprovante de endereço e o encaminhamento médico por escrito. Para o seu atendimento, conta com dois profissionais de cada especialidade (psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional), sendo um para cada turno (matutino e vespertino), e cada profissional trabalha com sua abordagem. Os atendimentos se dão através de psicoterapia individual, e, em geral, acontecem de forma quinzenal, mas dependendo da demanda, podem ocorrer semanalmente.

5.1.3 Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSI

O Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) é localizado no bairro Jardim Eldorado e conta com mais de dez anos de funcionamento, atendendo crianças e adolescentes, até os dezessete anos e onze meses. Possui uma equipe multidisciplinar, que atualmente conta com seis psicólogos, sendo três pela manhã e três pela tarde, um psiquiatra, um terapeuta ocupacional, arte terapeuta, fonoaudiólogo, pedagogo, musicista, enfermeiro, pediatra, assistente social e farmacêutico.

A estrutura do CAPSi oferece quatro salas de atendimento, administração, banheiros e pátio aberto e fechado. Os atendimentos direcionados ao TEA no CAPSi não precisam de encaminhamento, sendo necessária apenas a apresentação da demanda para avaliação e acolhimento ou, se for o caso, encaminhamento para outra unidade. Geralmente funcionam com a regularidade de uma vez por semana, com abordagem e método definidos pelo profissional e em média 50 minutos de atendimento, mesclando com oficinas terapêuticas que variam de acordo com a demanda do Centro (acontecendo três vezes na semana, geralmente no terreno do fundo) e terapia familiar (uma vez na semana).

5.1.4 Hospital Aquiles Lisboa

O Hospital Aquiles Lisboa oferece todas as especialidades médicas, incluindo uma ala de internação e, teoricamente, oferece serviços relacionados ao TEA. Porém, na realidade conta com dois psicólogos (um para o turno matutino, outro para o vespertino), que especificamente não atendem indivíduos com TEA, sendo estes atualmente encaminhados aos Centros de Reabilitação quando chegam ao Hospital.

5.2 OS SERVIÇOS OFERECIDOS E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

No CER TEA constatou-se que para a realização dos atendimentos das crianças que possuem TEA é necessário encaminhamento de um profissional do SUS, no caso um neuropediatra ou qualquer médico com especialidade em infância, o que ratifica o já exposto quanto ao diagnóstico do transtorno só ser feito clinicamente.

Quanto aos instrumentos utilizados no atendimento das pessoas com TEA, que seguem protocolos de avaliação comportamental adaptados pela psicóloga responsável, destaca-se:

Atualmente na listagem do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), constam 159 instrumentos com parecer favorável que avaliam construtos como: inteligência, personalidade, habilidade, aptidões, comportamento, interesse profissional, dentre outros fenômenos psicológicos (MÄDER, 2016, p.19).

É necessário ressaltar que a Avaliação Psicológica no contexto clínico requer do psicólogo domínio de “[...] conteúdos fundamentais que caracterizam as abordagens teóricas da Psicologia: teoria do desenvolvimento e teorias da personalidade” (MÄDER, 2016, p.42-43).

O NASMCA, que funciona no HNR, é o primeiro núcleo voltado à saúde mental de crianças e jovens em São Luís -MA. Neste núcleo, cada profissional trabalha de acordo com a sua abordagem. A esse respeito, considera-se que a psicoterapia pode auxiliar no tratamento do público atendido, já que é uma prática do psicólogo, por ser um processo científico de compreensão, análise e intervenção, sendo que, para tanto, torna-se necessário que observe alguns princípios e procedimentos, dentre os quais se destacam:

- I – buscar um constante aprimoramento, dando continuidade à sua formação por meio de centros especializados que se pautem pelo respeito ao campo teórico, técnico e ético da psicologia como ciência e profissão;
- II - pautar-se em avaliação diagnóstica fundamentada, devendo, ainda, manter registro referente ao atendimento realizado: indicando o meio utilizado para diagnóstico, ou motivo inicial, atualização, registro de interrupção e alta;
- III – esclarecer à pessoa atendida o método e as técnicas utilizadas, mantendo-a informada sobre as condições do atendimento, assim como seus limites e suas possibilidades;
- IV – fornecer, sempre que solicitado pela pessoa atendida ou seu responsável, informações sobre o desenvolvimento da psicoterapia, conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo;
- V – garantir a privacidade das informações da pessoa atendida, o sigilo e a qualidade dos atendimentos;
- VI – estabelecer contrato com a pessoa atendida ou seu responsável;

VII – Dispor, para consulta da pessoa atendida, de um exemplar do Código de Ética Profissional do Psicólogo, no local do atendimento (BRASIL, 2000, p.1-2).

O CAPSi, que faz parte da rede de atendimento à saúde mental, é assim caracterizado:

[...] um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que se ampliam as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004, p. 23).

Nos serviços oferecidos pelo CAPSi foi constatada a presença de uma equipe multidisciplinar, que permite um enfoque ampliado sobre o problema do TEA, a partir de diferentes olhares sobre o transtorno, gerando informações que se complementam e assim auxiliam para o seu melhor tratamento.

Conforme disposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.27), essa equipe deve ser composta:

CAPSi

- 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

A atuação do psicólogo nessa equipe multidisciplinar pode contribuir para que os pais ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes com TEA saibam lidar melhor com elas, preservando assim a saúde mental da família (SMEHA; CEZAR, 2011). Isto converge com as competências e habilidades gerais do psicólogo no que tange a atenção à saúde, partindo de que os seus profissionais da Psicologia, no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica podem atuar tanto em nível individual quanto coletivo, contemplando assim não somente o paciente com TEA, mas também sua família (BRASIL, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, na década de 1940, o TEA foi conhecido por Síndrome Comportamental, segundo conceito definido pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner. Atualmente, configura-se como um transtorno decorrente de fatores genéticos conhecidos ou fatores ambientais, sendo diagnosticado clinicamente a partir de critérios que servem de avaliação, como: prejuízos na interação social e a presença de padrões repetitivos.

O diagnóstico precoce favorece a identificação dos níveis do TEA, que são leve, moderado e severo. De acordo com o nível é definido o quanto de apoio a pessoa precisa para satisfazer as suas necessidades diárias, o que serve também como fator condicionante para o método de intervenção a ser empregado no tratamento do transtorno.

Quanto a esses métodos, que envolvem uma equipe multidisciplinar, com psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos e educadores, destacaram-se: a ABA, como terapia destinada à aquisição ou eliminação de comportamentos, com abordagem psicológica behaviorista; o PECS, como método de comunicação alternativa por meio da troca de figuras, visando o desenvolvimento da linguagem falada; o Son-Rise, cuja interação social é o foco do Programa através da realização de atividades sem que haja cobranças, e sim a valorização da espontaneidade da pessoa com TEA; e o TEACCH, método psicoeducacional que considera a estruturação de uma sala com recursos visuais para que desperte o interesse do aluno com TEA, visando à investigação de sua conduta e estímulo visual.

No tocante às políticas nacionais voltadas ao TEA foram desenvolvidas a partir da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. A Lei nº 12.764/ 2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo os direitos das pessoas com TEA sob diferentes campos; e a Lei nº 13.977/2020 determina a prioridade de atendimento dessas pessoas nos estabelecimentos públicos e privados pela utilização da fita quebra-cabeça, símbolo mundial para conscientização do TEA, confirmando essa prioridade.

Evidenciou-se que o papel do psicólogo frente ao TEA é de utilizar métodos e técnicas psicológicas que propiciem condições de enfrentamento do transtorno, bem como desenvolver um PIT de modo que considere as condições individuais do paciente com base na gravidade dos seus sintomas.

Na pesquisa empírica, partindo das questões norteadoras da investigação proposta, das instituições mapeadas, o Centro de Reabilitação em Transtorno do Espectro Autista (CER TEA), o Hospital Nina Rodrigues, onde funciona o Núcleo de Apoio à Saúde Mental da

Criança e do Adolescente (NASMCA), o CAPSi e o Hospital Aquiles Lisboa, somente as três primeiras oferecem serviços de atendimento às pessoas com TEA em São Luís – MA. Os serviços são oferecidos por uma equipe multidisciplinar, em que o papel do psicólogo se destaca pelo atendimento diário a crianças e adolescentes com o transtorno a partir de protocolos de avaliação comportamental e pelo desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica, tanto das pessoas com TEA quanto de suas famílias.

Para além disso, o recomendável em uma modalidade de tratamento intensiva são de 30 a 40 horas de atendimento por semana: se por um lado somente um local em São Luís (o CER TEA) oferece essa modalidade, por outro lado mesmo que se fosse oferecida em mais locais, talvez muitas famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica não possuiriam condições de arcar com as outras questões relacionadas a estar na terapia (como o transporte). Se a ideia é realmente tornar acessível para todos, todas essas questões devem ser levantadas.

Apesar das legislações acenarem para a consolidação dos direitos das pessoas diagnosticadas com TEA, ainda se percebe na prática que elas não são muito eficazes, visto que muitos autistas ainda não são amparados por esses direitos, tornando necessário que sejam realizadas políticas públicas com a participação efetiva dos entes públicos para assegurar o que é legalmente posto, cuja atuação do psicólogo é de suma importância para a sociedade.

Sendo assim, constatou-se que as políticas públicas desenvolvidas em São Luís – MA são de suma importância para consolidar a Política de proteção aos direitos das pessoas com TEA, mas ressalta-se que muito ainda se tem que fazer, considerando os diferentes atores sociais envolvidos no processo de consolidação desses direitos, entre os quais se têm os psicólogos, profissionais da linha de frente no tratamento do transtorno, cujas competências na atenção à saúde mental precisam ser ampliadas visando uma melhor compreensão sobre o problema evidenciado na pesquisa.

Este trabalho se deu através de revisão bibliográfica e coleta de dados com investigação documental, porém em contextos não pandêmicos, em um outro trabalho acadêmico ou até mesmo em uma continuação deste, uma pesquisa de campo mais aprofundada, que envolvesse a escuta de profissionais que trabalham nesses centros mapeados, poderá trazer informações que deem robustez aos dados aqui apresentados. Especificamente, em São Luís, as informações regionalizadas poderá possibilitar um diálogo

mais consistente com a literatura e realçar as diferenças e semelhanças nos mais diversos atendimentos e intervenções junto a pessoas com TEA.

Os resultados deste estudo pretendem atuar na sensibilização de líderes das áreas da saúde e da educação para novas propostas de assistência aos indivíduos com TEA e seus familiares. Para tanto, procura servir de crítica considerando que há um número grande e crescente de crianças que estão sendo diagnosticadas com autismo e os lugares que oferecem serviços para esse público ainda é pequeno.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, Reginaldo José; LIMA, Natalia Cardoso; PORTO, Erica Elaine. O processo de inclusão e a aprendizagem do aluno com síndrome de asperger, **Revista Científica eletrônica da Pedagogia**, 2018. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/ouN4P8sLTPt3Nvs_2018-10-6-10-40-49.pdf. Acesso em: 10 jan.2021.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 10 out.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 15 mar.2021.

BRASIL. **Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962.** Parte vetada pelo Presidente da República e mantida pelo Congresso Nacional, do Projeto que se transformou na Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4119.htm. Acesso em: 17 out.2020.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde - OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

BRASIL. **Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020.** Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.977-de-8-de-janeiro-de-2020-237206876>. Acesso em: 15 mar.2021.

BRASIL. **Resolução CFP n.º 010/00 de 20 de dezembro de 2000.** Especifica e qualifica a psicoterapia como prática do psicólogo. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf. Acesso em: 15 mar.2021.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; FERNANDES, Paula Vanessa. **Autismo, cidadania e políticas públicas: as contradições entre a igualdade formal e a igualdade material.** Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-Dir-Pub_v.13_n.2.07.pdf. Acesso em: 15 mar.2021.

EDEPE. **Cartilha direito das pessoas com autismo**. Escola da Defensoria Pública do estado de São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.revistaautismo.com.br/CartilhaDireitos.pdf>. Acesso em: 12 out.2020.

ENGERS, M. E. A. **Pesquisa educacional**: reflexões sobre a abordagem etnográfica. In: _____. (Org.). **Paradigmas e Metodologias de Pesquisa em Educação: notas para reflexão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

FONSECA, Maria Elisa; LEON, Viviane. Contribuições do ensino estruturado na educação de crianças e adolescentes com transtornos do espectro do autismo. In: SCHMIDT, Carlo (org). **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2013.

GAIATO, Mayara. **S.O.S. autismo**: guia completo para entender o transtorno do espectro autista. São Paulo: nVersos, 2018.

GAIATO, M.; TEIXEIRA, G. **O rezinho autista**: guia para lidar com comportamentos difíceis. São Paulo: nVersos, 2018.

GIL, AntonioCarlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

KWEE, Caroline Sianlian; SAMPAIO, Tania Maria Marinho; ATHERINO, Ciriaco Cristóvão Tavares. Autismo: Uma avaliação transdisciplinar baseada no programa teacch. **Rev CEFAC**, v.11, 2011.

LEAR, K. **Help us learn**: a self-paced training program for ABA. 2. ed. Toronto: Training Manual. 2010.

MÄDER, Bruno Jardim (org.). Caderno de avaliação psicológica: dimensões, campos de atuação e atenção. Curitiba : CRP-PR, 2016. Disponível em: https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF_CRP_Caderno_AvaliacaoPsicologica_pdf.pdf. Acesso em: 15 mar.2021.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]. **DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MELLO, A.M. et al. **Retratos do autismo no Brasil**. São Paulo: Associação dos Amigos do Autista, 2013.

NUNES, F.C.F. **Atuação política de grupos de pais de autistas no Rio de Janeiro**: perspectivas para o campo da saúde. 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
OLIVEIRA, B.D.C. **Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo**: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. 143 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

OLIVEIRA, Beatriz Salvador *et al.* **A Atuação do psicólogo com o transtorno do espectro autista**. Disponível em:

<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-clinica/a-atuacao-do-psicologocom-o-transtorno-do-espectro-autista>. Acesso em: 13 out.2020.

SAMPAIO, Adriana S. **Transtorno autista e a abordagem cognitivo comportamental: possibilidade de auxílio psicológico.** Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/transtornoautista-ea-abordagem-cognitivo-comportamental-possibilidade-de-auxilio-psicologico/4121>. Acesso em: 10 jan.2021.

SANTIAGO, J. A.; TOLEZANI, M. Encorajando a criança a desenvolver habilidades sociais no Programa Son-Rise. *In.: Revista Autismo: informação gerando ação.* São Paulo, ano 1, v. 1, abr. 2011.

SANTOS, Ana Maria Tarcitano. **Autismo: desafio na alfabetização e no convívio escolar.** Centro de Referências em Distúrbios de Aprendizagem. São Paulo: CRDA, 2008.

SANTOS, I. M. S. C. dos; SOUSA, P. M. L. de. **Como Intervir na Perturbação Autista.** Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0262.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SEMENSATO, Márcia Rejane; BOSA, Cleonice Alves. **Crenças parentais sobre o autismo e sua evolução no processo de comunicação diagnóstica.** Pensando famílias, Porto Alegre, v. 18, n. 2, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a08.pdf>. Acesso em: 10 jan.2021.

SMEHA, Luciane Najar; CEZAR, Pâmela Kurtz. **A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo.** Psicologia em Estudo, Maringá, v.16, n.1, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100006. Acesso em: 15 mar. 2021.

SILVA, A. C. R. de. **Metodologia da pesquisa aplicada a contabilidade: orientações de estudos, projetos, artigos, relatórios, monografias, dissertações e teses.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

TAMANAHA, Ana Carina. **Protocolo do estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e Encaminhamento de pacientes com transtorno do espectro autista (TEA).** São Paulo: SEDPcD, 2013.

TEIXEIRA; G. **Manual do autismo: guia dos pais para o tratamento completo.** 1. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2016.

TOLEZANI, M. Son-Rise uma abordagem inovadora. *In.: Revista Autismo: informação gerando ação.* São Paulo, ano 1, set., 2010.

VOLKMAR, Fred. R., WIESNER, Lisa A. **Autismo.** Guia essencial para compreensão e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WHITMAN, Thomas L. **O desenvolvimento do autismo: social, cognitivo, linguístico, Sensorio-motor e Perspectivas Biológicas.** São Paulo: M. Books do Brasil, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3 ed., Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. **Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais**. *Psicologia: teoria e pesquisa* v. 30, n. 1, jan.-mar., 2014.