



**CAMILA HUBNER**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O ENFERMEIRO  
ENQUANTO AGENTE DE INCLUSÃO SOCIAL**

**Sinop/MT  
2018**

**CAMILA HUBNER**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O ENFERMEIRO  
ENQUANTO AGENTE DE INCLUSÃO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profª Rafael Alexandre Prado.

**Sinop/MT  
2018**

**CAMILA HUBNER**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O ENFERMEIRO  
ENQUANTO AGENTE DE INCLUSÃO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Esp. Rafael Alexandre Prado**

Professor (a) Orientador(a)  
Departamento de Enfermagem – FASIPE

---

**Esp. Bruno Jonas Rauber**

Professor (a) Avaliador (a)  
Departamento de Enfermagem - FASIPE

---

**Dra. Marcela Antunes Paschoal Popolin**

Professor (a) Avaliador (a)  
Departamento de Enfermagem - FASIPE

---

**Ms. Luiz Carlos Damian Preve**

Coordenador do Curso de Enfermagem  
FASIPE – Faculdade de Sinop

**Sinop/MT  
2018**

## **DEDICATÓRIA**

De maneira especial, dedico esse trabalho ao meu avô materno, José Soares (*in memorian*), que sempre se mostrou orgulhoso pelas conquistas acadêmicas dos netos e me ensinou que sempre há algo a mais por aprender, quando dizia que a graduação seria “um dos vários diplomas que você vai conseguir, mas não pode parar aí”.

Aos meus avós Maria, Walter (*in memorian*) e Hildegard (*in memorian*), por seu exemplo e tudo que representam em minha vida.

À minha família, em especial aos meus pais, Laércio e Arlete, que em todos os âmbitos são meu suporte.

## **AGRADECIMENTO**

- Primeiramente, a Deus pelas inúmeras bênçãos e por guiar meu caminho até aqui;
- Aos meus pais por enxergarem em mim um potencial que por vezes duvidei ter e assim me incentivarem, investirem em minha educação e, sobretudo, por confiarem em mim;
- Aos meus irmãos, Rafael e Caroline, que compartilharam minhas alegrias e frustrações, me encorajando a prosseguir;
- Aos meus amigos, em especial a Bárbara Suzan, Ingrid Carine, Luana Gonçalves, Mirian Faustino, Nahiara Francieli, Natasha Bruna, Ozana de Ávila, Regiane Santana e Patrícia Fernandes, pelo companheirismo em todos os momentos, por compartilharem suas histórias de vida, conhecimentos, conselhos e temores, tornando essa jornada mais leve e prazerosa;
- Aos meus professores, que ao longo da graduação compartilharam conhecimento, experiências, palavras de incentivo e amor pela profissão;
- A todos aqueles que de alguma forma tenham me ajudado a percorrer este caminho..

..Muito Obrigada!

## **EPÍGRAFE**

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein.

HUBNER, Camila. **Transtorno do Espectro Autista: o enfermeiro enquanto agente de inclusão social**. 2018. 58 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

## RESUMO

Acredita-se que os Transtornos do Espectro Autista (TEA) são transtornos graves que afetam a autossuficiência e o funcionamento social do indivíduo, sua prevalência tem sofrido um aumento nos últimos anos, atingindo de 1 a 2% da população infantil. Devido ao fato dos sinais sugestivos desse transtorno ser evidente nos primeiros anos de vida da criança, favorece o diagnóstico precoce, que é fundamental para melhorar o desenvolvimento do indivíduo e facilitar a inclusão social do mesmo. Para o tratamento dessa condição é preciso que o indivíduo passe por um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, sabendo que as particularidades apresentadas por esses indivíduos podem levar a situações de exclusão social, nota-se atualmente a importância das equipes de Atenção Básica (AB) para essa identificação precoce e instauração de intervenções. Assim tem-se como objetivo geral compreender as atribuições da equipe multidisciplinar de saúde, com ênfase na atuação do enfermeiro, frente ao cliente com TEA e sua função na inclusão social dessa população. Como objetivos específicos correlacionar exclusão social ao preconceito gerado pela desinformação sobre o transtorno; discorrer sobre os aspectos epidemiológicos e peculiaridades do TEA, indicando os critérios de avaliação utilizados para o diagnóstico; e relatar o papel da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente com TEA, destacando a atuação do enfermeiro. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e abordagem qualitativa fundamentada em publicações científicas pertinentes ao assunto disponíveis em sites fidedignos, como Scielo e Biblioteca Virtual da Saúde. Por fim, verifica-se que quanto à inclusão, a função das equipes multidisciplinares em saúde é promover um ambiente de confiança, interna e externamente às instituições, que estimule o autista a desenvolver as habilidades até então limitadas pelo transtorno, para que evolua e adquira autonomia, podendo exercer plenamente sua cidadania.

**Palavras chave:** Assistência. Autismo. Inclusão.

HUBNER, Camila. **Autism Spectrum Disorder: the nurse as an agent of social inclusion.** 2018. 58 pages. Term Paper - FASIPE - Faculty of Sinop.

### **ABSTRACT**

It is believed that Autism Spectrum Disorders(ASD) are serious disorders that affect the self-sufficiency and social functioning of the individual; their prevalence has increased in recent years, reaching 1 to 2% of the child population. Due to the fact that the signs suggestive of this disorder are evident in the first years of the child's life, it favors early diagnosis, which is fundamental for improving the individual's development and facilitating the social inclusion of the individual. For the treatment of this condition it is necessary that the individual undergoes a follow-up with a multidisciplinary team and knowing that the particularities presented by these individuals can lead to situations of social exclusion, it is important to note the importance of the Basic Attention (BA) teams for this early identification and establishment interventions. With the general objective of understanding the responsibilities of the multidisciplinary health team, with emphasis on the nurses' performance in relation to the client with ASD and their role in the social inclusion of this population. And as specific objectives correlate social exclusion to the prejudice generated by the misinformation about the disorder; to discuss the epidemiological aspects and peculiarities of ASD, indicating the evaluation criteria used for the diagnosis; and to report the role of the multidisciplinary team in the care of the patient with ASD, highlighting the nurse's role. The present work deals with a bibliographic research, exploratory and qualitative approach based on scientific publications pertinent to the subject available on trustworthy sites, such as Scielo and Virtual Health Library. Finally, it is verified that regarding the inclusion of the function of the multidisciplinary teams in health is to promote an environment of trust, internally and externally to the institutions, that stimulates the autistic to develop the abilities until then limited by the disorder, so that it evolves and acquires autonomy, being able to fully exercise its citizenship.

**Key words:** Assistance. Autism. Inclusion.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Diagrama das categorias de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE).....	20
Figura 2 – Fluxograma de acompanhamento e atendimento da pessoa com TEA na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).....	36

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Estimativa da população com autismo com base na população de cada região brasileira.....	19
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AB:**Atenção Básica.

**ABC:** *Autism Behavior Checklist.*

**ADI-R:** *The Autism Diagnostic Interview – Revised.*

**ADOS:** *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic.*

**AI:** Autismo Infantil.

**ASQ:** *Autism Screening Questionare.*

**ATA:** *Autistic Traits of Evaluation Scale.*

**CARS:** *Childhood Autism Rating Scale.*

**CID:**Classificação Estatística Internacional de Doenças.

**DSM:**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais.

**M-CHAT:** *Modified Checklist for Autism in Toddlers.*

**NASF:**Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

**SA:**Síndrome de Asperger.

**SR:** Síndrome de Rett.

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TDI:** Transtorno Desintegrativo da Infância.

**TEA:** Transtorno do Espectro do Autismo.

**TGD:** Transtorno Global do Desenvolvimento.

**TID:** Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

**TID-SOE:** Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

**UBS:** Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Justificativa</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Problematização</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 Objetivos</b> .....	<b>15</b>
1.3.1 Objetivo Geral.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>1.4 Metodologia</b> .....	<b>15</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 Transtornos do Espectro do Autismo</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2 Manifestações clínicas do Transtorno do Espectro do Autismo</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 Avaliação e Diagnóstico</b> .....	<b>26</b>
2.3.1 Instrumentos do processo de avaliação .....	27
2.3.2 O diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo.....	29
<b>2.4 Atuação da equipe multidisciplinar em Saúde Mental</b> .....	<b>32</b>
2.4.1 Responsabilidades do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial .....	36
2.4.2 Atuação do enfermeiro na assistência ao cliente autista .....	38
2.4.3 Abordagens Terapêuticas no Âmbito da Saúde Mental .....	40
<b>2.5 Preconceito e exclusão social</b> .....	<b>44</b>
<b>2.6 Inclusão Social</b> .....	<b>47</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>52</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>56</b>
<b>Anexo A - Características Clínicas de Crianças com risco para Transtorno do Espectro do Autismo.</b> .....	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), embora não tenha uma causa definida é visto como uma condição relacionada ao desenvolvimento neurológico e apresenta diferentes graus de gravidade, sendo considerada uma morbidade infantil muito comum, cuja prevalência mundial estimada é de 0,62% (HADJKACEM et al., 2016).

Acredita-se que os TEA são doenças graves que afetam a autossuficiência e o funcionamento social do indivíduo, sendo caracterizados por déficits na interação social, comunicação e comportamentos. Sua prevalência sofreu um aumento nos últimos anos, atingindo de 1 a 2% da população infantil e presume-se que sua causa envolva fatores genéticos e ambientais (POSAR; VISCONTI, 2017).

Durante muitos anos a assistência em saúde mental foi baseada no modelo hospitalar, no qual as internações psiquiátricas eram frequentes e voltadas apenas ao aspecto psicopatológico, não levando em consideração as relações pessoais, profissionais, afetivas e culturais dos pacientes, o que gerou diversos prejuízos para eles e suas famílias. Devido à exclusão do mercado de trabalho, da família, cultura, política e limitação da cidadania que essas internações causavam a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs um modelo de assistência em saúde mental de base comunitária e atenção diária que é voltado à emancipação do usuário (LEÃO; BARROS, 2011).

Oliveira et al., (2017) avalia que políticas voltadas às pessoas com transtornos mentais demoraram a serem desenvolvidas no Brasil, prejudicando o acolhimento desses indivíduos, e ainda que as mobilizações a favor da Reforma Psiquiátrica tenham levado à promulgação da Lei 10.216 em 2001 que reorganizou os serviços de saúde mental no país, julga a inclusão da assistência em saúde mental infantojuvenil tardia e com falhas que comprometem o acesso, por exemplo, de autistas à rede de cuidados ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Mediante o fato das primeiras pesquisas voltadas ao autismo terem sido desenvolvidas há cerca de 70 anos, Maia et al., (2016) consideram essa condição ainda desconhecida para a maioria da população. Essa falta de conhecimento pode afetar o tratamento de indivíduos com o transtorno ou gerar resultados insatisfatórios que, por sua vez, gera insegurança e desânimo nas famílias dos autistas, logo é imprescindível a transmissão de conhecimentos para capacitação, principalmente de pais e cuidadores, visando torná-los aptos e mais seguros para realizar os cuidados que a condição exige.

Para o tratamento dessa condição é preciso que o indivíduo passe por uma avaliação com uma equipe multidisciplinar que tenha conhecimentos específicos sobre o transtorno, em que irão identificar as necessidades em cada caso, visto que as manifestações do transtorno podem ocorrer de formas diferentes em cada um. Existem também diferentes tipos de tratamentos, desde a psicoterapia ao uso de medicamentos, geralmente bem simples e visam o desenvolvimento de habilidades fundamentais (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012).

Nesse sentido, entender as necessidades do outro e respeitar as diferenças é fundamental para promover o seu desenvolvimento. No caso de pessoas com TEA, tão importante quanto à inclusão é a concepção dos familiares, cuidadores e mediadores acerca das capacidades desse indivíduo, pois influenciará na forma de interação a ser estabelecida e conseqüentemente no comportamento do autista (LEMOS et al., 2016).

### **1.1 Justificativa**

Baseando-se em diferentes estudos, Becker (2009) expõe alguns dados epidemiológicos acerca do autismo que o indicam ser uma doença com prevalência significativa e estimativa de que 1% da população infantil apresentará algum transtorno relacionado ao espectro autista e que o autismo é um dos distúrbios do desenvolvimento que mais acomete a população, variando de 40 a 130 casos a cada 100.000 indivíduos. No Brasil, no início dos anos 2000, estimava-se a ocorrência de 600.000 casos desse transtorno.

Em razão dos sinais sugestivos desse transtorno ser evidente nos primeiros anos de vida da criança, contribui para o diagnóstico precoce, que é fundamental para melhorar o desenvolvimento do indivíduo e facilitar a inclusão social do mesmo. Dessa forma, considera-se que as pessoas com maior contato com essas crianças, como familiares e profissionais da área de saúde, são essenciais na identificação desses sinais e para fazê-lo devem apresentar o conhecimento necessário (GUSMÃO; BEZERRA; MEL, 2015).

Sendo a Atenção Básica (AB) a porta de entrada do sistema de saúde, verifica-se a necessidade de treinamento dessa equipe para a identificação dos sinais sugestivos de autismo

ainda na infância e para o acompanhamento e orientação desses indivíduos e suas famílias. Para garantir o bom atendimento a esses clientes, as equipes de saúde da família devem atuar de forma conjunta com os multiprofissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que oferecem um apoio mais especializado nesses casos (BRASIL, 2015).

Observando-se a incidência desta condição e necessidade de instrução para identificá-la, esta pesquisa justifica-se pela oportunidade de ampliar o conhecimento acerca do transtorno e de sensibilizar acadêmicos e profissionais da área de saúde, buscando ampliar as formas de interação e melhorar a inclusão social de indivíduos diagnosticados com TEA.

## **1.2 Problematização**

Apesar de não se ter identificado uma etiologia para o autismo, estudiosos acreditam que alguns fatores genéticos e neurobiológicos estão associados ao transtorno, que é considerado um distúrbio de desenvolvimento que afeta a comunicação social e gera comportamentos restritivos e repetitivos. O autismo, juntamente com outras condições que afetam o desenvolvimento, está agrupado na categoria diagnóstica de Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2014).

Pelas particularidades apresentadas por indivíduos com TEA não são raros os casos de exclusão social vivenciado por estes e torna-se cada dia mais evidente o despreparo do poder público e de profissionais da saúde e educação, talvez pela desinformação acerca do transtorno para lidar com os direitos desse grupo e promover a inclusão social dos mesmos. Possivelmente por influência da mídia, houve um aumento recente no número de diagnósticos de autismo, fato que contribui para a construção de novas políticas públicas e garantia de direitos desses indivíduos (RIOS et al., 2015).

Ainda em 1971 Kanner, médico austríaco, visando à evolução social dos pacientes autistas ressaltou a importância da utilização de técnicas de inclusão para melhorar o desenvolvimento dos mesmos. Sabendo que o diagnóstico precoce facilita o desenvolvimento psicossocial do indivíduo autista devido a maior plasticidade das estruturas cerebrais na primeira infância, nota-se atualmente a importância das equipes de AB para essa identificação precoce e instauração de intervenções (BRASIL, 2014).

Mediante o exposto, questiona-se: qual a função da equipe multidisciplinar de saúde, sobretudo do enfermeiro, na inclusão social de indivíduos com TEA?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Compreender as atribuições da equipe multidisciplinar de saúde, com ênfase na atuação do enfermeiro, frente ao cliente com TEA e sua função na inclusão social dessa população.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Discorrer sobre os aspectos epidemiológicos e peculiaridades do TEA, indicando os critérios de avaliação utilizados para o diagnóstico;
- Relatar o papel da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente com TEA, destacando a atuação do enfermeiro;
- Correlacionar exclusão social ao preconceito gerado pela desinformação sobre o transtorno.

### **1.4 Metodologia**

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e abordagem qualitativa fundamentada em publicações científicas pertinentes ao assunto em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicadas nos últimos 10 anos, exceto KLIN (2006), manuais do Ministério da Saúde e publicações da Organização Mundial de Saúde, que estejam disponíveis em sites fidedignos, como Scielo e Biblioteca Virtual da Saúde, acessadas utilizando-se de descritores como “autismo”, “TEA”, “inclusão”, “assistência”, “enfermagem” e “tratamento”, bem como livros acerca do tema que permitiram uma melhor compreensão e reflexão sobre o transtorno e as dificuldades enfrentadas por esses indivíduos na busca por respeito e inclusão social.

A escolha da pesquisa bibliográfica se dá pela necessidade de embasamento científico requerido por este tipo de trabalho e pela possibilidade de analisar diversas fontes e abranger mais conteúdo do que geralmente se obtém em uma pesquisa direta sobre o objeto de estudo (GIL, 2010).

Por ser um tema que requer maior proximidade do pesquisador com o objeto de pesquisa, pela necessidade de se avaliar previamente as fontes materiais e a relevância das informações contidas nelas para comprovar, refutar ou expor o problema analisado pelo pesquisador, essa pesquisa é classificada como de caráter exploratório (QUEIROZ, 2015).

Já a abordagem qualitativa é necessária para compreender o objeto de estudo de uma forma mais subjetiva, ou seja, possibilita ao pesquisador analisar e interpretar o fenômeno



estudado, examinando suas inter-relações, para ter uma perspectiva interna e mais próxima da realidade a cerca do tema (GIL, 2010).

O capítulo a seguir aborda temas relevantes para a compreensão do TEA, incluindo a diferenciação das condições agrupadas nessa categoria diagnóstica, dados epidemiológicos, as manifestações clínicas apresentadas por essa população, apresentação de instrumentos utilizados para avaliação e diagnóstico, forma de atuação da equipe multidisciplinar e principais terapias em uso, como o enfermeiro atua nesta condição, uma contextualização acerca do preconceito que acomete esses indivíduos e contribui para a exclusão social dos mesmos além de uma breve descrição a respeito da inclusão social e sua importância.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Transtornos do Espectro do Autismo**

As primeiras descrições do transtorno autista, como se conhece hoje, foram realizadas pelo médico e chefe do setor de psiquiatria infantil do Hospital Johns Hopkins em Baltimore (EUA) Leo Kanner no ano de 1943 a partir de um estudo com 11 crianças que apresentavam um distúrbio de relacionamento. Cita-se também Hans Asperger, psiquiatra austríaco, que na mesma época realizou um estudo com quatro crianças que apresentavam problemas de relacionamento similares aos das crianças estudadas por Kanner, no entanto o trabalho de Asperger tornou-se amplamente conhecido apenas nos anos 1980 (BRASIL, 2015).

A partir de então muitos estudos e hipóteses relacionados ao autismo e suas causas foram desenvolvidos, mas considera-se um marco a proposta de Michael Rutter para definir o autismo baseando-se em quatro critérios como atrasos ou prejuízos sociais, independente da associação ao retardo mental; prejuízos na comunicação, também independente da presença de retardo mental; comportamentos fora do habitual (as estereotipias); e início desses antes dos 30 meses de idade (KLIN, 2006).

No que se refere à história do autismo no Brasil, Oliveira et al., (2017) diz que devido ao desenvolvimento tardio de políticas públicas voltadas à saúde mental, o atendimento a esses pacientes dependia de instituições filantrópicas como a Associação Pestalozzi e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Nesse contexto, familiares de autistas criaram a Associação dos Amigos dos Autistas (AMA), em São Paulo no ano de 1983, sendo o primeiro grupo destinado a adquirir conhecimento e trocar experiências sobre o tema no país.

Silva, Gaiato e Reveles (2012) citam que o fato da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007 decretar o dia 2 de abril como Dia Mundial de Conscientização do Autismo foi um importante passo para tirar a condição de um tabu, visto que há pouco tempo o TEA sequer era discutido em meios de comunicação, já Rios et al (2015) cita a aprovação da Lei nº

12.764/2012, que reconhece o autista como uma pessoa com deficiência para efeitos legais e traz outras garantias, como sendo uma grande conquista na luta por direitos.

Relata-se que o autismo foi mencionado pela primeira vez na Classificação Internacional de Doenças (CID), em 1967 como uma subdivisão da esquizofrenia, passando nos anos 1980 a ser entendido com um tipo de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento – TID e conceituado como um Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na terceira edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM III-R em 1987. Os subgrupos dos TID (Autismo Infantil - AI, Síndrome de Rett - SR, Síndrome de Asperger - SA, Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outras Especificações (TID-SOE) só foram anexados ao DSM em 1994 (SATO; MERCADANTE, 2011).

O autismo inicialmente pode ter sido visto como um transtorno ligado à diminuição ou incapacidade de lidar com afeto, no entanto, atualmente é considerado um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) (também conhecidos como TID) cujas manifestações resultam das alterações funcionais de áreas cerebrais responsáveis por ações sociais (MERCADANTE; TAMANAHA, 2013).

Os TIDs, codificados no CID-10 como F84, que inclui, por exemplo, Autismo Infantil (F84.0), Síndrome de Rett (F84.2) e Síndrome de Asperger (F84.5), caracterizam-se por anormalidades relacionadas às interações sociais e comunicação, além da apresentação de estereotípias e atividades repetitivas e de interesse restrito (OMS, 1993).

Apesar dos avanços nessa área, não existe uma definição para autismo, visto que há vários transtornos ao mesmo tempo semelhantes e diferentes entre si, sendo assim, muitos pesquisadores preferem considerar o termo autismos ou transtornos do espectro do autismo para se referir à condição de um indivíduo com prejuízo do desenvolvimento relacionado à comunicação e ausência ou dificuldade de interação (BRASIL, 2015).

Consideram-se os TIDs um grupo de condições cujas manifestações clínicas são variáveis, embora apresentem como característica comum a interrupção precoce da sociabilização. O termo TEA refere-se a esse mesmo grupo de condições e foi criado por se acreditar que as condições agrupadas apresentam padrões comportamentais distintos e graus de acometimento variáveis (KLIN, 2006).

Para Sato e Mercadante (2011) as terminologias TGD e TID são utilizadas no país devido a diferenças na tradução realizada por cada editora, no entanto, referem-se aos mesmos transtornos cuja característica principal é um distúrbio na capacidade de socialização, que

pode afetar no desenvolvimento do indivíduo quanto à comunicação, adaptação e aprendizado.

Já para Vargas (2014), o uso de diferentes nomenclaturas como TID, TGD e TEA, para se referir ao mesmo grupo de transtornos que classificam o autismo e condições semelhantes, acaba por confundir o público geral, dificultando a compreensão a respeito do transtorno. Essa incompreensão pode contribuir para o isolamento social dos indivíduos diagnosticados.

Quanto às características epidemiológicas, a SR, considerada progressiva, acomete, sobretudo, o sexo feminino, podendo ser identificada entre 5 e 30 meses de idade, a partir de déficits no desenvolvimento, atraso no crescimento craniano e, geralmente, nítido retardo intelectual associado a quadros convulsivos (BECKER, 2009).

Relata-se que nos anos 1960, num condado de Londres, a prevalência do autismo era de 4,5 a cada 10.000 crianças. Já estudos recentes indicam a prevalência de 1 autista a cada 1.000 nascimentos e 4 indivíduos com TEA a cada 1.000 nascimentos. Considera-se que esse aumento na prevalência se deu pela amplitude na definição de autismo, melhoria na detecção desses casos, incentivo para o diagnóstico precoce a fim de melhorar o prognóstico, entre outros fatores, não indicando, portanto, um aumento na incidência de autismo, mas sim um aumento na identificação desse transtorno (KLIN, 2006). A Tabela 1, a seguir, expõe uma estimativa da população autista no Brasil:

**Tabela 1:** Estimativa da população com autismo com base na população de cada região brasileira.

<b>Região</b>	<b>População em 2010</b>	<b>População com autismo (0,62%)</b>
Centro Oeste	14.050.340	87.112
Norte	15.865.678	98.367
Nordeste	53.078.137	329.084
Sul	27.384.815	169.786
Sudeste	80.353.724	798.193
Total	190.732.694	1.182.643

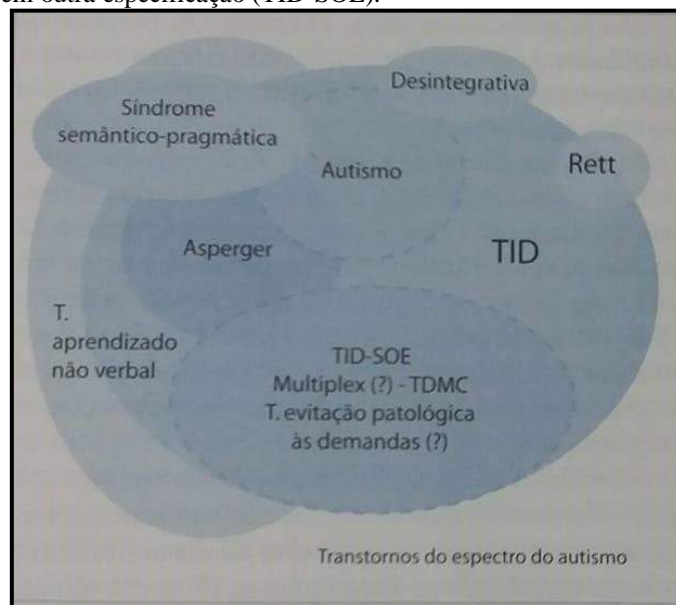
**Fonte:** Adaptado de Mello et al., 2013, p.44.

Para produzir a tabela acima o autor baseou-se nos dados sobre população regional, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo acessado o mesmo em 2012, e em estudos que sugerem que a prevalência média mundial de autismo é de 0,62%, desta forma os dados sobre a população com autismo por região brasileira foram

obtidos através da relação *população x 0,0062*, sugerindo que no país há a prevalência de 1.182.643 autistas (MELLO et al., 2013).

Muitos autores consideram os TEA como condições independentes, ainda que apresentem características semelhantes, no entanto Brasil (2015) sugere que esses transtornos passem a ser vistos como pontos de um *continuum* psicopatológico, desconsiderando-se a síndrome de Rett, ou seja, um transtorno – TEA – que se divide em vários graus ou pontos distintos. A Figura 1 a seguir exibe os transtornos englobados pelo TEA:

**Figura 1:** Diagrama das categorias de transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação (TID-SOE).



Fonte: Sato; Mercadante (2011) p. 1090.

O TID-SOE, conforme indicado acima por Sato e Mercadante (2011), também é conhecido como Multiplex, Transtorno de evitação patológica às demandas e Transtorno de Desenvolvimento Múltiplo e Complexo (TDMC). Visto que as condições englobadas pelo termo TEA apresentam muitas semelhanças esses transtornos serão diferenciados, mais adiante, quanto às manifestações clínicas que apresentam.

## 2.2 Manifestações clínicas do Transtorno do Espectro do Autismo

Os TEA são considerados transtornos do desenvolvimento por apresentarem início precoce e evoluírem cronicamente. Dessa forma, o indivíduo com TEA deve apresentar as manifestações clínicas ainda na infância, de preferência na primeira infância e manter essas características ao longo da vida, podendo apresentar ou não melhoras com o tempo. O Quadro 1, em Anexo A, expõe algumas características apresentadas por crianças que indicam risco

para TEA, como o silêncio, ausência de movimentos e contato visual por volta dos 6 a 8 meses; não atender prontamente quando chamados pelo nome, falta de atenção e das primeiras palavras aos 12 a 14 meses, desinteresse por jogos que utilizem a imaginação (faz de conta), ausência ou pouca fala e desinteresse por outras crianças por volta dos 18 meses (BRASIL, 2015).

Sabe-se que o autismo pode atingir qualquer indivíduo, não estando associada à determinada etnia, cultura ou influenciado por condições sociais, no entanto é observada uma ocorrência maior entre indivíduos do sexo masculino. Os sinais clássicos como desinteresse em interagir e atraso ou falta de comunicação, podem ser notados precocemente pelos pais nos primeiros 2 anos da criança, que em outros casos apresenta um desenvolvimento dentro da normalidade para a idade até o segundo ano de vida, passando então a demonstrar as atipias (MERCADANTE; TAMANAHA, 2013).

Embora crianças possam apresentar diferentes comportamentos durante seu crescimento, alguns são considerados atípicos, ou seja, são comportamentos incomuns e com um padrão permanente que causam interferências no desenvolvimento esperado dessas crianças. Geralmente, considera-se como atípico o comportamento ou problema que persiste por seis meses ou mais (BEE; BOYD, 2011).

Segundo Tamanaha et al (2014) a perda das habilidades já adquiridas referentes a fala e interação social, após um período de desenvolvimento normal é conhecido como regressão autística e ocorre entre 15 e 50% dos casos de indivíduos posteriormente diagnosticados com TEA. Ocorre em uma frequência maior no segundo ano de vida e apesar da regressão na fala atrair mais atenção, é comum a perda de comunicação não verbal, das habilidades de brincar e de interagir.

As manifestações apresentadas podem variar conforme o nível de gravidade apresentado, o grau de desenvolvimento e a idade cronológica do indivíduo, por isso é utilizada a terminologia ‘espectro’ ao se referir ou diagnosticar essa condição. Indica-se a necessidade de se avaliar de diferentes formas as manifestações apresentadas nesses casos, já que qualquer forma de intervenção ou compensação pode mascarar as reais dificuldades do paciente, fazendo com que o diagnóstico só seja confiável se apoiado na observação clínica, autorrelato e história do cuidador (APA, 2014).

Quanto a essa classificação de gravidade do transtorno Dartora, Mendieta e Franchini (2014) indicam que o autismo pode ir de leve, em que o indivíduo apresenta alto funcionamento, e praticamente não há limitações que impeçam as atividades cotidianas, a

graus severos, no qual as dificuldades características da condição comprometem drasticamente as atividades de vida diária, desde as mais básicas.

Existe uma semelhança entre os termos atipias e estereotipias, frequentemente utilizados para se descrever as características de indivíduos autistas, enquanto Perotti (2016) considera como atipia o comportamento diferente do habitual, ou seja, anormalidades no comportamento do indivíduo, Barros e Fonte (2016) definem as estereotipias como padrões de comportamento rígidos e estáveis.

Conforme algumas pesquisas o autismo bem como os demais TEA, afetam o comportamento e habilidades de comunicação e interação e também são consideradas doenças de caráter genético, podendo haver vários genes envolvidos em sua etiologia, embora seja difícil indicar qual fator genético é responsável por afetar o desenvolvimento e gerar tais transtornos (SATO; MERCADANTE, 2011).

Ao longo dos anos diferentes hipóteses que visavam elucidar a causa dos transtornos do desenvolvimento surgiram, como a Síndrome do 'X' frágil, que considera que um indivíduo com um cromossomo 'X' danificado pode desenvolver retardo mental com o avançar da idade, entre outras características ligadas ao autismo; ou a hipótese de vacinas (que antigamente continham uma forma de mercúrio – thimerosal) causarem autismo, que segundo os autores já comprovou-se ser infundada, visto que pesquisas realizadas na Dinamarca, EUA e Canadá verificaram praticamente a mesma taxa de autismo em grupos que receberam a vacina com thimerosal e nos que não a receberam (BEE; BOYD, 2011).

Além de atrasos ou dificuldades no desenvolvimento psicomotor, cognitivo e linguagem, Flores e Smeha (2013) citam como manifestações do transtorno as dificuldades quanto à alimentação; atrasos para engatinhar, andar ou sentar; a falta de vínculo entre mãe e bebê, caracterizado pela troca de olhares entre eles; entre outras.

Indivíduos que pertencem ao espectro do autismo geralmente apresentam dificuldade em iniciar e manter relações sociais, principalmente, devido à falta de empatia, ou seja, dificuldade de compreender e expressar sentimentos, necessidades e intenções com outras pessoas. Essa dificuldade de interação social e emocional inerente ao autismo pode levar as demais pessoas a interpretarem de maneira equivocada que a apatia é proposital (MERCADANTE; TAMANAHA, 2013).

Para Bee e Boyd (2011) a empatia depende do indivíduo compreender o estado emocional do outro e combiná-lo com o seu próprio, ou seja, trata-se de experimentar o mesmo sentimento que o outro aparenta sentir. É vista como uma resposta precoce do desenvolvimento humano, podendo ser observada já no primeiro ano de vida.

Acredita-se que para haver interação os interlocutores devem utilizar-se do processo da linguagem, compartilhando gestos e fala, no entanto é característico do transtorno autista o prejuízo destas habilidades. Desta forma, constata-se que algumas vocalizações e estereotípias motoras presentes nesses indivíduos e geralmente consideradas sem sentido, ocupam o lugar da linguagem (BARROS; FONTE, 2016).

Mercadante e Tamanaha (2013) também consideram o comprometimento da comunicação uma característica significativa do transtorno e que influencia na falta de interação social por envolver limitação, tanto em relação à linguagem verbal quanto a não verbal. Essa limitação pode ser observada pela falta de contato visual e de atenção, prejuízo de mímica facial e expressão corporal, atraso ou ausência de comunicação verbal (observado na infância), incapacidade de manter um diálogo e compreender metáforas, além da presença de ecolalia e fixação por determinados assuntos.

A ecolalia é entendida como uma forma não habitual de comunicação, sendo uma característica muito comum nos transtornos autistas e definida pela presença de ecos na linguagem. Essa linguagem imatura, que pode acompanhar reversões de pronome e fala monótona, ainda que persista na vida adulta tende a diminuir de acordo com as intervenções utilizadas (BECKER, 2009).

Entre os padrões de comportamento apresentados por indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento pode-se destacar o interesse insistente em determinados assuntos ou atividades, que tendem a tornar-se uma rotina inflexível. Atividades repetitivas, como o enfileiramento de objetos e gesticulação e demais sinais sugestivos do transtorno são manifestados precocemente, podendo ser notados antes dos três anos de idade e persistirem ao longo da vida, tendo sua gravidade variada conforme a categoria nosológica (MERCADANTE; TAMANAHA, 2013).

Quanto às manifestações clínicas, APA (2014) diz que podem variar conforme cada caso e fase da vida e que alguns indivíduos, quando adultos, podem aprender a suprimir hábitos ou características próprias do transtorno quando estão em público. No entanto cita como sinais indicativos de TEA, que podem estar presentes mesmo naqueles com inteligência média ou alta, como atrasos na linguagem; ausência de fala; pequena ou nenhuma capacidade de interação e compartilhamento de emoções; dificuldade de repertório e espontaneidade na comunicação; dificuldade quanto à postura corporal, contato visual e gesticulação; redução, ausência ou interesse social atípico (evidenciado por abordagens inadequadas, passividade, rejeição); excesso de hábitos e rotinas; interesses limitados e fixos; reações extremas envolvendo alimentação; entre outros.



No autismo infantil, que é mais comum em meninos e com manifestações clínicas perceptíveis antes dos três anos de idade, os sujeitos tendem a evitar interação social, por exemplo, recusando contato físico e visual; apresentam ausência, prejuízo ou uso inadequado da comunicação verbal e não verbal, como ecolalia, fala monótona e incompreensão de humor e ironia; tendem a restringir suas atividades e interesses, agindo de forma estereotipada (BRASIL, 2015).

Klin (2006) considera o autismo, também tratado como transtorno autístico e autismo infantil, o TID mais conhecido e que afeta permanentemente a interação social do indivíduo devido aos prejuízos na comunicação e comportamento. Relata que as características variam de pessoa para pessoa, podendo apresentar hiper ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais; fascinação por estímulo luminoso e sensorial, principalmente objetos que giram; extrema sensibilidade ao toque; distúrbios alimentares e do sono, entre outras. Também considera que cerca de 70% dos sujeitos com esse diagnóstico apresentam retardo mental, embora seja comum um fenômeno cognitivo chamado “ilhas de habilidades especiais”, onde o autista manifesta habilidades altamente desenvolvidas em algumas áreas de seu interesse.

Além do AI existe o autismo atípico, também descrito no DSM-IV como transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, que é utilizado para categorizar os casos de autismo em que não há prejuízo em alguma das seguintes áreas: interação social, comunicação verbal e não verbal, interesses e atividades, ou em casos em que as manifestações conhecidas se apresentam após os 3 anos de idade (BRASIL, 2015).

Acredita-se que o TID – SOE é considerado um diagnóstico residual, ou seja, o diagnóstico dado quando o indivíduo não apresenta todos os sinais sugestivos de autismo, da mesma forma está acontecendo com a AS, que tem sido diagnosticada mais frequentemente nos últimos anos, principalmente no sexo masculino (KLIN, 2006).

Já o transtorno desintegrativo da infância envolve aqueles indivíduos que manifestam as características de autismo após a idade habitual, ou seja, é uma exceção à regra. Neste transtorno a criança apresenta desenvolvimento normal até os 2 anos de idade – em alguns casos até os 6 – e posteriormente perdem de forma rápida e definitiva as habilidades de comunicação, interação e autonomia já adquiridos e desenvolvem estereotípias motoras, podendo com o tempo não ter controle até mesmo dos esfíncteres, num quadro misto de autismo e retardo mental (BRASIL, 2015).

Silva, Gaiato e Reveles (2012) apontam que o TDI atinge cerca de 1,7 criança a cada 100.000, sendo considerado uma condição rara e que surge nos primeiros anos de vida após um desenvolvimento aparentemente normal. No entanto, os autores o citam como um TGD,

mas não o consideram uma condição pertencente ao espectro do autismo, acreditando inclusive que sairá do grupo de TGD no DSM, juntamente com a SR.

As atividades estereotipadas com frequência decorrem do funcionamento imperfeito do sistema ligado ao controle de impulsos, motivações e condutas, que dependendo da idade e incidência dos episódios prejudicam o desenvolvimento da linguagem, motor, de habilidades sociais, emocionais e cognitivas. O autor cita como exemplo de estereotípias motoras o ato de balançar o corpo ou a cabeça, bater palmas, arrancar os cabelos, entre outros (BARROS; FONTE, 2016).

Quanto à síndrome de Rett, sabe-se que é mais prevalente em meninas e tem causa considerada genética devido a uma mutação do gene MECP2 do cromossomo X. Nela o indivíduo tem desenvolvimento normal até o 7º ou 24º mês de vida e então apresenta perda dos movimentos voluntários das mãos, quadros de hiperventilação, estereotípias manuais, desaceleração do crescimento craniano, entre outros prejuízos motores que com o tempo levam à imobilidade e, geralmente, ao óbito antes dos 30 anos. Embora esses indivíduos apresentem características autistas, alguns conseguem manter certo grau de interação visual e social (BRASIL, 2015).

A SA foi inicialmente relatada pelo médico austríaco Hans Asperger e descrita à época como psicopatia autística. Envolve certo grau de isolamento social resultante de prejuízos na comunicação não verbal e empatia, uso de linguagem com tendência formal e por vezes incoerente ou em monólogo, no entanto nesses pacientes não há retração visível ou aparência de estar alheio ao ambiente a sua volta, diferente das crianças estudadas por Kanner (KLIN, 2006).

Considera-se a SA outra categoria diagnóstica do TEA e mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, mas em uma proporção de oito meninos para uma menina. Pode ser considerada como o grau mais leve do TEA, em que os sujeitos apresentam características do autismo, no entanto com um bom nível cognitivo. As estereotípias motoras são incomuns nestes casos, mas os indivíduos apresentam fala pedante e falta de empatia, fator que pode levá-los ao isolamento. Apesar da dificuldade em estabelecer contato social é comum o interesse e apego a pessoas próximas (BRASIL, 2015).

Na síndrome ou transtorno de Asperger, também classificado como uma forma branda de autismo, a criança apresenta tanto linguagem quanto habilidades cognitivas adequadas para a idade e alcançam inclusive altas pontuações em testes de QI, no entanto apresentam dificuldades em habilidades sociais por não compreenderem emoções, sentimentos e pensamentos dos demais (BEE; BOYD, 2011).

Klin (2006) relata ainda que a SA é um diagnóstico controverso devido à semelhança com o autismo não acompanhado de retardo mental, porém concorda com o autor anterior quanto à manifestação de um nível cognitivo normal. Para a autora esses indivíduos apresentam prejuízos na interação social, interesses e comportamentos limitados assim como no autismo, no entanto, com desenvolvimento no autocuidado e percepção de linguagem normais nos primeiros anos de vida, podendo apresentar ainda falta de coordenação motora e fala em monólogo.

Para Bee e Boyd (2011), os transtornos do espectro do autismo mais comumente diagnosticados são autismo e transtorno de Asperger, que envolvem basicamente a incapacidade de formar relacionamentos sociais devido a inabilidades na comunicação, incapacidade de entender a reciprocidade dos relacionamentos sociais e presença de comportamentos estanhos e repetitivos como abanar as mãos, bater a cabeça e ansiedade ou agressividade ao se separar de certos objetos que despertam seu interesse.

Diante das manifestações clínicas semelhantes apresentadas, considera-se necessário uma avaliação correta desses indivíduos para se encontrar o diagnóstico. Seize e Borsa (2017) indicam que para chegar ao diagnóstico de TEA os profissionais utilizam-se de instrumentos de avaliação e observação direta, além de entrevistas com o paciente, familiares e/ou cuidadores.

### **2.3 Avaliação e Diagnóstico**

Julga-se haver uma epidemia de transtornos psiquiátricos, que Brasil (2015) sugere ser causada pelos diagnósticos falso-positivos induzidos pela mídia, pelo fato desta apresentar transtornos ao público geral como meras classificações, facilmente identificada a partir de uma lista de sintomas. Dessa forma, qualquer indivíduo pode se autodiagnosticar segundo os critérios divulgados, sem que haja um acompanhamento e avaliação por parte de um profissional realmente qualificado.

Para realizar o diagnóstico de autismo é preciso primeiramente conhecer a história do desenvolvimento da pessoa, avaliando as características apresentadas e sua evolução conforme os parâmetros de normalidade. Para essa avaliação e diagnóstico são utilizados instrumentos de rastreamento, escalas de avaliação comportamental e testes para mensurar as habilidades específicas do indivíduo (MERCADANTE; TAMANAHA, 2013).

### 2.3.1 Instrumentos do processo de avaliação

Sabendo que no Brasil a CID é o sistema oficial de classificação de doenças, quando se utilizar dos instrumentos de avaliação deve-se levar em consideração as manifestações clínicas do transtorno dispostas nesse manual. Salienta-se também que a maioria desses instrumentos identificam os sinais de risco para autismo, não tendo por finalidade diagnosticar o TEA, muito embora contribua para o processo (SEIZE; BORSA, 2017).

Becker (2009) argumenta que os instrumentos diagnósticos para avaliação psicológica mais utilizados no mundo são o *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS) e o *The Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R), sendo que ambos possibilitam uma avaliação objetiva de diversos critérios tanto em crianças quanto em adultos.

Marques e Bosa (2015) também citam o ADI-R e o ADOS como instrumentos conceituados internacionalmente e explicam que a ADI-R trata-se de uma entrevista com 93 itens destinada aos pais ou cuidadores e que recolhe informações sobre o paciente e sua família, aspectos do desenvolvimento, comprometimentos apresentados segundo o disposto no DSM e problemas gerais de comportamento, ao passo que o ADOS é um instrumento de observação das habilidades de crianças com suspeita do transtorno.

Relata-se haver diversas ferramentas avaliativas que, quando utilizadas de forma combinada, tornam o processo para o diagnóstico mais confiável. Contudo, estudos evidenciam uma carência dessas ferramentas no Brasil, apontando o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) como o único para rastreamento dos sinais precoces do transtorno (SEIZE; BORSA, 2017).

Embora concorde com o autor anterior quanto à indisponibilidade dos instrumentos avaliativos no Brasil, devido à necessidade de compra de direitos autorais da editora original e alto custo do treinamento para utilização, Marques e Bosa (2015) indicam alguns instrumentos de triagem já adaptados e parcialmente validados no país, como o *Autistic Traits of Evaluation Scale* (ATA), *Autism Behavior Checklist* (ABC), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) e *Autism Screening Questionnaire* (ASQ), além do M-CHAT. Sugerem ainda que para ser utilizado na AB e possibilitar o diagnóstico precoce, devem ser de rápida aplicação, ter baixo custo de treinamento e possibilidade de aplicação por diferentes profissionais de saúde.

Quanto ao CARS, Hadjkacem et al., (2016) informam que essa escala é de rápida aplicação e utilizada para se avaliar a intensidade dos sinais e sintomas do TEA bem como a gravidade dos comportamentos apresentados por esses pacientes. Em sua utilização são

pontuadas de 1 a 4, 14 áreas funcionais, cujo escore total determina um grau severo, leve a moderado ou inexistente de autismo.

Objetivando a validação do ADI-R como instrumento de diagnóstico do autismo no Brasil, Becker (2009) traduziu a entrevista e aplicou-a em uma amostra de 37 pacientes, sendo 20 autistas e 17 com retardo mental sem autismo. Nesse estudo notou-se o alto grau de sensibilidade e especificidade do instrumento, concluindo-se que é muito útil e válido para uso no Brasil, embora a amostra referida tenha sido pequena e de uma área específica do país.

Também com intuito de conhecer novos instrumentos de avaliação e rastreamento dos sinais do autismo e incentivar outros pesquisadores a traduzi-los e validá-los no país, Seize e Borsa (2017) revisaram 34 artigos, publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, tendo identificado 11 instrumentos de rastreamento para crianças com até 36 meses, em diferentes formatos (escalas, questionário, interativo e de observação). Desses, considerou que os em formato de questionário são mais indicados para aplicação na população geral, enquanto as escalas e os de observação são melhor aplicáveis à população de risco (os que já apresentam sinais de prejuízo no desenvolvimento).

Devido à necessidade de uma sistematização do processo de observação clínica para as avaliações e reavaliações de sujeitos com suspeita de autismo e em decorrência da escassez de instrumentos internacionais validados, Marques e Bosa (2015) citam que foi criado, a partir da tese de uma das autoras, em 1998 o Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo (PRO-TEA), aprimorado em 2007. Esse protocolo é utilizado por diferentes especialistas como psicólogos, terapeutas e fonoaudiólogos.

As mesmas autoras também observam que embora facilitem a identificação dos sinais de TEA, os instrumentos que se utilizam de respostas dicotômicas podem não ser tão eficazes em situações de reavaliação dos pacientes pelo fato de nem sempre captarem as evoluções sutis apresentadas, ao contrário dos sistemas de observação direta que não constata apenas a ocorrência ou ausência de um comportamento, mas também permitem verificar sua duração, intensidade e até mesmo algumas peculiaridades.

Visto que o acesso à saúde é um direito de todo cidadão e que a atenção básica de saúde visa prevenir doenças e promover a saúde, é responsabilidade do Estado a identificação precoce de TEA e seu tratamento, uma vez que sinais sugestivos do transtorno podem ser observados na primeira infância e nesse período há um acompanhamento intenso do desenvolvimento da criança devido à atividades de puericultura, ainda que o diagnóstico definitivo só deva ser emitido após os três anos de idade para evitar um falso-positivo (BRASIL, 2015). Adiante serão descritos os critérios requeridos para diagnóstico do TEA.

### 2.3.2 O diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo

Flores e Smeha (2013) acreditam que quanto mais cedo for iniciada a intervenção, melhor será a evolução ou o desenvolvimento da criança autista e para uma intervenção terapêutica precoce é necessário que o diagnóstico seja realizado o quanto antes. No entanto as autoras apontam que muitos profissionais não estão preparados para identificar os sinais de risco do autismo, fato que leva ao diagnóstico tardio.

Para Lima et al (2017), conforme pesquisas norte americanas, os diagnósticos em pacientes menores de cinco anos são realizados frequentemente por pediatras, médicos de família, enfermeiros e psicólogos, enquanto que nos pacientes com mais de cinco anos o diagnóstico é predominantemente feito por psicólogos e psiquiatras. Para o autor, muitos tratamentos de autistas têm início tardio devido à falta de iniciativas voltadas a detecção precoce desta condição e principalmente, devido à demora e falta de confiança por parte de profissionais para realizar o diagnóstico, o que é um importante desafio para a assistência em saúde.

Diferente da maioria das patologias em que o diagnóstico é explicativo e depende da presença ou ausência de determinado sinal ou sintoma, no autismo o diagnóstico é descritivo e a classificação é realizada de forma dimensional, ou seja, as manifestações clínicas apresentam-se em maior ou menor grau nos componentes desse espectro (BRASIL, 2015).

Segundo APA (2014), os critérios diagnósticos a serem considerados são comunicação e interação, padrões restritos e repetitivos de comportamento, idade em que os sintomas se manifestaram e os prejuízos que estes trazem para a vida do indivíduo. Esses critérios devem apresentar ainda especificidade quanto à gravidade atual – levando-se em conta a cultura, idade e gênero de cada um – podendo ser nível 1, que exige apoio ou acompanhamento; nível 2, que necessita de apoio substancial ou nível 3, em que requer apoio muito substancial. Dessa forma, para o diagnóstico correto deve ser registrado o nome da condição (TEA); condição médica, genética ou transtorno a que esse diagnóstico está associado; nível de gravidade analisado; especificar se há comprometimento intelectual e da linguagem.

Becker (2009) considera como critérios para diagnóstico do autismo os mesmos dispostos no DSM-IV-TR, relatando que para sua confirmação são necessários cerca de seis critérios comportamentais, sendo ao menos dois déficits de interação social, um relacionado à comunicação e um referente às atividades e interesses, apresentando-se preferencialmente antes dos 36 meses de idade.

Acredita-se que quanto mais cedo for feito o diagnóstico e iniciada a terapêutica melhor será o prognóstico do sujeito, já que na infância a plasticidade cerebral é maior e a criança poderá desenvolver habilidades de comunicação e relacionamento social. Essa terapêutica deve envolver uma equipe multidisciplinar, para atender de forma integrada as necessidades do paciente e se adaptar de acordo com a evolução apresentada pelo indivíduo ao longo do tempo (MERCADANTE; TAMANAHA, 2013).

Seize e Borsa (2017) também concordam que na primeira infância a plasticidade cerebral é maior, possibilitando o aprendizado da criança e a diminuição dos prejuízos de desenvolvimento característicos ao transtorno. Dessa maneira, a intervenção precoce melhora significativamente a qualidade de vida dessas pessoas, contribuindo na evolução da linguagem e até mesmo no aumento do coeficiente de inteligência – QI.

Ao tratar da importância do diagnóstico precoce, a responsabilidade pela avaliação e identificação de alterações no desenvolvimento da criança é tanto dos médicos e enfermeiros que realizam, conforme rotina, consultas de puericultura quanto dos pais que, teoricamente, são capazes de observar qualquer alteração em seus filhos por manter mais contato com eles no cotidiano (DARTORA; MENDIETA; FRANCHINI, 2014).

Diversos especialistas podem atuar no processo de diagnóstico do TEA e, posteriormente, acompanhar o desenvolvimento do paciente, assim Perotti (2016) cita, por exemplo, fonoaudiólogos, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, neurologistas, pediatras, entre outros, como profissionais da área do comportamento humano envolvidos nesse processo.

O diagnóstico desse transtorno deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, com experiência, para que não sejam influenciados pelas primeiras impressões do paciente ou se limitem ao resultado de testes e exames. É importante a avaliação por meio dos testes validados disponíveis, no entanto para um resultado mais eficaz, deve-se realizar exames neurológicos, metabólicos e genéticos e, sobretudo, ter conhecimento da história de cada paciente, fator que auxiliará também na escolha da melhor terapêutica para cada indivíduo (BRASIL, 2015).

Em seu trabalho, Flores e Smeha (2013) apontam que o pediatra enquanto profissional de referência na primeira infância é fundamental na identificação de sinais precoces relacionados a alguma doença na criança. No entanto, com relação ao diagnóstico, dizem que essas classificações por vezes são obstáculos no desenvolvimento da criança porque as colocam no título de autistas e não apenas em uma posição transitória, como acreditam que deve ser. Para as autoras intervenção precoce não está relacionada ao

diagnóstico precoce, significa intervir aos primeiros sinais de prejuízo para melhorar o desenvolvimento, antes mesmo de identificar a doença.

Com relação à interação social, deve-se avaliar a falta de relacionamento com os demais, ausência de reciprocidade emocional e social, entre outros; no critério comunicação, avalia-se o atraso na linguagem verbal sem uso de métodos alternativos de comunicação, incapacidade de iniciar ou manter diálogo, uso estereotipado da linguagem, entre outros aspectos, e quanto ao comportamento e interesse repetitivo e estereotipado são observados os interesses do indivíduo e sua intensidade, adesão a rotinas ou rituais específicos e inflexíveis, o uso de movimentos estereotipados e/ou repetitivos e a fixação por determinados objetos ou parte deles (KLIN, 2006).

Durante o processo de avaliação e diagnóstico é necessário estar atento a outras manifestações, físicas e mentais, que podem acompanhar os TEA, as comorbidades. Também devem ser considerados os diagnósticos diferenciais visando evitar equívocos. Entre as comorbidades, cita-se quadros neurológicos como epilepsia e neurofibromatose, deficiência intelectual, depressão e ansiedade, mais comuns em indivíduos com síndrome de Asperger, hiperatividade e agressividade, que só devem ser vistos como diagnósticos adicionais se não for encontrada causa desencadeante. Já como diagnóstico diferencial cita-se surdez, transtorno reativo de vinculação, depressão, mutismo seletivo, entre outros (BRASIL, 2015).

Becker (2009) também associa a epilepsia ao autismo, relatando que até alcançar a vida adulta cerca de 1/3 dos autistas já passaram por pelo menos dois episódios de convulsão, e também cita um estudo em que, ao acompanhar ao longo de 25 anos indivíduos com TEA observou-se 26 mortes, sendo quatro relacionados à epilepsia e oito associadas a ela.

Foi observado que embora a idade média para o diagnóstico seja por volta dos 6 anos, essa confirmação geralmente já é possível ao final do segundo ano de vida, sendo que o período entre os 18 e 24 meses é o mais recomendado para a utilização de instrumentos de rastreamento de sinais sugestivos do autismo (SEIZE; BORSA, 2017).

Por exemplo, para o diagnóstico de autismo infantil, transtorno mais comum em garotos e que independe do nível de QI, é necessário a presença de três critérios antes dos três anos de idade: prejuízos em interações sociais, na comunicação e presença de comportamento restrito, repetitivo e estereotipado. Caso não seja identificado algum desses critérios ou se manifestem após os três anos, o indivíduo é diagnosticado com autismo atípico (OMS, 1993).

Conforme Brasil (2015), como o processo de diagnóstico envolve diversas atividades e sistemas de avaliação com diferentes profissionais, que devem manter uma boa comunicação e chegar a um consenso, é natural que o diagnóstico final leve algum tempo.



Dessa forma, é importante que não haja uma comunicação de forma precipitada para os responsáveis sobre a possível classificação da patologia, visto que o relato do diagnóstico, quando realizado no tempo correto, além de mais preciso permite envolver família e paciente em um grupo de apoio para esclarecer dúvidas e iniciar um plano terapêutico que envolva tanto atividades individuais, quanto coletivas, inclusive como forma de observar a inserção social do paciente e sua autonomia em outros ambientes.

Gusmão, Bezerra e Mel (2015) expõem o fato histórico de que em sociedades primitivas os sujeitos que diferiam do padrão considerado normal, independente da causa, eram abandonados por se acreditar que atrapalhariam os demais membros do grupo. Nos dias atuais, acredita-se que o diagnóstico de uma patologia, sobretudo psiquiátrica, pode gerar medo, dúvidas e preconceito, contribuindo para o isolamento desses sujeitos, o que torna o contexto histórico exposto anteriormente, de certa forma, atual.

#### **2.4 Atuação da equipe multidisciplinar em Saúde Mental**

Sendo a AB uma das principais portas de entrada no SUS e a responsável por ordenar as redes de atenção existentes nesse sistema é de fundamental importância que os profissionais desse setor criem uma relação de cumplicidade com os usuários, entendendo as diversas necessidades da população. É neste ambiente que deve ocorrer o acompanhamento do quadro de saúde de cada indivíduo em todas as fases da vida e, portanto, no caso de pessoas com TEA destaca-se a importância da qualificação profissional com relação ao pré-natal e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2015).

No âmbito da AB, Sena et al (2015) consideram os enfermeiros como importantes membros da equipe multidisciplinar, uma vez que podem observar diferenças comportamentais nas crianças durante as consultas de puericultura, o que auxilia no diagnóstico precoce. Além da possibilidade de identificação precoce de sintomas esse profissional é considerado importante para o suporte, orientação e assistência ao paciente e sua família.

Para Vasconcellos (2010) a reforma psiquiátrica internacional, que ganhou força no Brasil ainda na década de 1970, não contribuiu apenas para a criação de unidades extra-hospitalares de assistência e aumento do sentimento de valorização da inserção social e cidadania dos usuários desse setor como também iniciou o processo de defesa da interdisciplinaridade nesse campo de atuação, Dias e Silva (2010) acrescentam que essa reforma marcou o início das tentativas de humanização na assistência em saúde mental.

Conforme sugestão da OMS sobre o novo modelo de atenção à saúde mental, no Brasil, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferece cuidados clínicos a esses pacientes, além de reabilitação psicossocial, visando o fortalecimento das relações sociais desses indivíduos através, por exemplo, do mercado de trabalho (LEÃO; BARROS, 2011).

Dias e Silva (2010) definem o novo modelo assistencial em saúde mental como uma rede de serviços que oferta diferentes formas de terapias além do tratamento clínico do transtorno mental, sem que haja a necessidade de internamento, salvo algumas situações, visando com isso proporcionar o exercício da cidadania para aqueles que por muitos anos foram privados de todos os seus direitos.

Como o foco dos CAPS é fornecer assistência aos indivíduos com transtornos mentais em locais próximos ao seu meio social e promover diversas formas de sociabilidade e inclusão com atividades que envolvam trabalho, educação, cultura e lazer, há a necessidade de atuação de uma equipe interdisciplinar, que pode contar com artesãos, pedagogos, musicoterapeutas, educadores físicos, entre outros, além da equipe terapêutica tradicional (SOARES et al, 2011).

A assistência em saúde realizada por equipes interdisciplinares aumenta as possibilidades terapêuticas por envolver uma troca de conhecimentos e integração entre os diferentes profissionais que as compõem. Nos CAPS, em que há predomínio da atuação de uma equipe interdisciplinar, as principais atividades exercidas são realizadas em grupos, acompanhadas por diferentes profissionais, oficinas e consultas para avaliação do estado geral do paciente (VASCONCELLOS, 2010).

Os CAPS também devem fornecer serviços de apoio para a AB e os serviços de urgência. Essas unidades devem acolher sua população sem apresentar qualquer tipo de barreira, como a necessidade de agendamento. É referência no atendimento a indivíduos com TEA, de qualquer faixa etária, por manter uma equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, terapeutas, pedagogos, psiquiatras, assistentes sociais, entre outros) que implementam os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), criando um vínculo com os pacientes e suas famílias (BRASIL, 2015).

Como visto anteriormente, a equipe que constitui o CAPS é composta por profissionais variados, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas e até mesmo estagiários. Com relação ao funcionamento dessa equipe o autor faz um alerta, se não houver entrosamento, respeito e integração entre seus membros, a

assistência por eles prestada é comprometida. Os principais obstáculos observados nesses casos é o individualismo e a falta de comunicação (VASCONCELLOS, 2010).

Nosso sistema de saúde também oferece serviços voltados à assistência em saúde mental para crianças e adolescentes nos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil – CAPSi, que são locais voltados à atenção diária de crianças e adolescentes em sofrimento mental ou com transtornos mentais. Nessas unidades são oferecidos serviços e profissionais especializados na assistência às pessoas com TEA devido ao impacto que o transtorno tem na vida pessoal e social desses pacientes, de seus familiares e cuidadores. O autismo só foi incluído como responsabilidade da área de saúde mental pública em 2002, como resposta às questões levantadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001 (LIMA et al, 2017).

Segundo Brasil (2004) o CAPS é classificado conforme a abrangência populacional e complexidade em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSI (infância) e CAPS AD (álcool e drogas), prestando assistência intensiva aos usuários que necessitam de atendimento diário, semi-intensiva aos que necessitam de atendimento 3 vezes por semana e não intensiva aos que frequentam a unidade apenas uma vez ao mês. Mas a atenção à saúde mental não se restringe ao CAPS, existe ainda serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios de saúde mental e hospitais psiquiátricos.

Existem diferentes tipos de CAPS, os que atendem 24 horas, outros voltados apenas para usuário de álcool e outras drogas e os infantojuvenis, sua instalação depende, entre outras coisas, do público a ser atendido e da quantidade de população de cada município, sendo que os CAPS I devem atender usuários de toda faixa etária. Nesses centros são realizados atendimentos tanto individuais quanto em grupos, atividades comunitárias e de reabilitação, atendimento domiciliar, promoção da cidadania, tratamento medicamentoso, suporte aos familiares e ações de mediação entre usuários e suas famílias e/ou a comunidade (podem envolver, por exemplo, a inserção escolar e comunitária que na adolescência demandam acompanhamento intensivo) (BRASIL, 2015).

Visto que a implantação dos CAPSi é considerada nova/recente e visando aumentar as chances de inclusão social dessa população (TEA) no país, Lima et al (2017) indicam a necessidade de treinamento dos profissionais para que saibam atender esses pacientes e realizar as terapêuticas adequadas. Observando a forma de atenção/cuidado oferecido nos CAPSi (intensivo, semi-intensivo) é preciso estabelecer qual o tipo de atenção/intensidade é mais indicado para indivíduos com TEA ou se é necessário analisar cada caso

individualmente para poder estabelecer as estratégias de cuidado dentro do serviço de saúde (CAPSi) e em outros espaços sociais (escolas).

Dentre as atividades que podem ser ofertadas no CAPS citam-se visitas domiciliares, acompanhamento do uso de medicamentos, psicoterapias individuais e coletivas, atendimento aos familiares, orientações, oficinas terapêuticas e atividades artísticas, fazendo desses centros locais de convívio que facilitam a inserção social desses indivíduos por permitirem interações, autonomia e possibilidade de organizar suas ideias, emoções e ações, o que não seria possível em hospitais psiquiátricos (SOARES et al, 2011).

Para o melhor desenvolvimento dessas atividades, Vasconcellos (2010) cita um exemplo de organização da equipe multidisciplinar observada em sua pesquisa num CAPS, onde havia grupos de referência compostos pelos diferentes profissionais que atuavam no centro, que se reuniam para avaliar e trocar informações sobre os casos atendidos, dando oportunidade de participação para todos e ao mesmo tempo enriquecendo o conhecimento desses profissionais sobre outras áreas de atuação e fornecendo diferentes pontos de vista de cada paciente para melhorar a assistência prestada.

Sabe-se que além das características habituais do transtorno, que envolvem deficiências na interação, comunicação e realização de atividades criativas, os indivíduos com TEA tendem a desenvolver uma rotina e serem pouco flexíveis a ela, o que acaba por envolver toda a família. Quanto a isso é verificado que apesar de existir a necessidade da equipe multidisciplinar estimular esse paciente a se integrar mudando alguns hábitos, deve-se agir com cautela e, principalmente os familiares, respeitar sua inflexibilidade, visto que se trata de uma forma dos autistas sentirem-se seguros (DARTORA; MENDIETA; FRANCHINI, 2014).

Para Brasil (2015), ainda que as unidades básicas funcionem como primeira opção de apoio para as famílias de crianças com TEA ou com risco para o transtorno, no que se refere a cuidados básicos, diagnóstico e reabilitação, outros locais de atenção à saúde, como o NASF, devem ser acionados pela equipe sempre que necessário. Os NASF são formados por uma equipe multiprofissional, que pode contar com psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista, psiquiatra, pediatra, ginecologista, terapeuta ocupacional, entre outros, que atuam em conjunto com as equipes de saúde da família fornecendo a assistência adequada conforme necessidade do paciente.

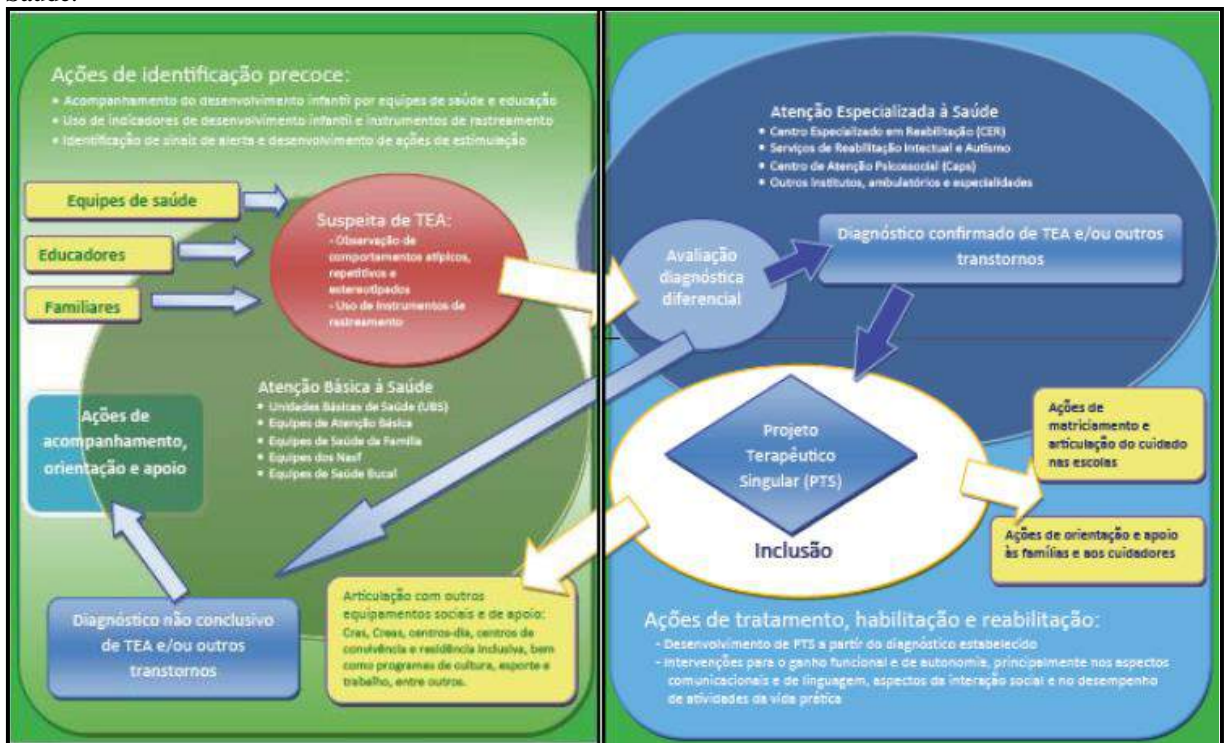
Dessa forma, estender o atendimento oferecido nessas unidades e em associações voltadas ao autismo para aos familiares, permite o desenvolvimento desses através de orientações por parte dos profissionais e troca de experiências com outras famílias, além de

auxiliar no processo de inclusão social, visto que muitos pacientes vivem isolados também pela falta de conhecimento e preconceito/discriminação dentro do círculo familiar (MONTEIRO et al, 2008).

No contexto das terapêuticas com equipes interdisciplinares o paciente é visto como um agente do próprio tratamento por participar ativamente desse processo através dos projetos ofertados com acompanhamento dos profissionais. Por equipe interdisciplinar entende-se a junção de diferentes profissionais que compartilham seus saberes e se utilizam de variados instrumentos para integrar as práticas assistenciais necessárias (DIAS; SILVA, 2010).

Tendo visto que a resposta à terapia é mais significativa quando as intervenções são instauradas precocemente e que as equipes de AB que assistem usuários da rede materno-infantil são fundamentais na identificação de problemas no desenvolvimento estabeleceu-se um esquema de atendimento e acompanhamento à população com suspeita de TEA (BRASIL, 2014). Na figura 2 a seguir, observa-se o fluxograma do atendimento a pessoa com TEA:

**Figura 2:** Fluxograma de acompanhamento e atendimento da pessoa com TEA na rede do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014, p. 68-69.

#### 2.4.1 Responsabilidades do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial

Como o novo modelo de atenção em saúde mental exigiu a reorganização do setor, afastando-se da assistência médico-centrada, é esperado que o profissional de enfermagem

acompanhe essa mudança portando-se de forma mais autônoma e humanista com relação às terapêuticas (DIAS; SILVA, 2010).

Considera-se essencial a preparação de enfermeiros para atuar em saúde mental, tornando-os capaz de acolher esses indivíduos e desenvolver atividades coletivas e em equipe visando à reabilitação psicossocial. Conforme pesquisa realizada pelos autores, o CAPS permite uma interação intensa entre enfermeiros e pacientes, envolvendo principalmente a escuta e orientação, o que exige desses profissionais criatividade, conhecimento e iniciativa (SOARES et al, 2011).

São tidas como práticas do enfermeiro no CAPS o acolhimento, avaliação do estado do paciente, conversas e atendimento aos familiares, atividades administrativas e na recepção, preparo e supervisão da administração de medicamentos, desenvolvimento de vínculo com os pacientes, consultas de enfermagem e registros em prontuário, coordenação de oficinas, intervenções multidisciplinares e encaminhamentos, acompanhamento em atividades de lazer e passeios, coordenação do serviço e elo entre UBS e CAPS, participação e coordenação de assembleias e reuniões de equipe, supervisão e capacitação da equipe de enfermagem (KANTORSKI; MIELKI; JÚNIOR, 2008).

Franzoi et al (2016) apontam os atendimentos individuais e em grupo nas oficinas e visitas domiciliares e a articulação do cuidado na rede intersetorial como atividades do enfermeiro no CAPS. Citam ainda que o maior desafio para este profissional é o desenvolvimento de novas formas de cuidado para o estabelecimento de vínculo com o usuário, que é a base do processo terapêutico.

Embora alguns profissionais, por associar seu ofício à prática hospitalar, acreditem que certas atividades fogem da sua competência, a atuação do enfermeiro em saúde mental, sobretudo no CAPS, envolve atividades administrativas e assistenciais como controle de insumos, confecção de escalas, coordenação do serviço, supervisão e treinamento de sua equipe, condução de grupos terapêuticos, realização de exames e visitas domiciliares, acolhimento e escuta do paciente, consultas de enfermagem e assistência à alimentação e higiene (DIAS; SILVA, 2010).

Assim como pode ocorrer em outras áreas de atuação e instituições, muitos enfermeiros não compreendem sua função em saúde mental, sobretudo nos CAPS onde nem sempre há necessidade de cuidados físicos e a autonomia do paciente é maior. Contudo sabe-se que é sua responsabilidade observar as necessidades biopsicossociais dos clientes e assisti-los em conjunto com os demais membros da equipe interdisciplinar nas oficinas terapêuticas,

bem como participar de reuniões de equipe, realizar atendimento aos familiares dos pacientes, acolhimento, atividades administrativas e de cuidado (SOARES et al, 2011).

#### 2.4.2 Atuação do enfermeiro na assistência ao cliente autista

A partir de um estudo, Kantorski, Mielke e Júnior (2008) indicam que o papel do enfermeiro em saúde mental tem expandido devido a necessidade de conhecimento para atendimentos que envolvem uma equipe interdisciplinar, consultas individualizadas a partir de planos terapêuticos, acolhimento e escuta terapêutica, reabilitação psicossocial, entre outros.

Quanto ao papel do enfermeiro no atendimento ao paciente autista na AB, um estudo com alguns profissionais da área observou que muitos não sabem lidar com um caso assim devido, principalmente, a falta de capacitação e conhecimento teórico, culpando por vezes a graduação por abordar muito superficialmente a assistência em saúde mental. Já os poucos que se sentem aptos a isso, demonstram preocupação quanto à falta, até então, de uma diretriz norteadora da assistência ao autismo (SENA et al, 2015).

Como não há uma campanha voltada para o autismo considera-se que muitos diagnósticos não são realizados no país, principalmente em razão a falta de informação sobre essa condição. Sendo o enfermeiro muitas vezes o primeiro profissional que o paciente tem acesso é fundamental que esteja capacitado para observar e identificar sinais de suspeita de TEA. Sua assistência inclui apoio e orientação à família, incentivo ao tratamento e acompanhamento do indivíduo, sua família e/ou cuidador, para garantir o bem-estar de todos (MELO et al, 2016).

Tendo visto que o TEA pode tornar o indivíduo dependente em muitos quesitos, que o enfermeiro é o profissional de saúde que fica em contato com os pacientes por mais tempo e considerando que a condução de um ambiente terapêutico é de competência deste, aconselha-se que os mesmos atualizem-se quanto ao tema e estudem métodos de intervenções necessários e eficazes para autistas e seus familiares a fim de proporcionar uma qualidade de vida melhor a eles, o que também envolve o planejamento de ações voltadas à inserção social (SENA et al, 2015).

Em sua pesquisa sobre o impacto do diagnóstico de autismo na família, Nogueira e Rio (2011), trazem o relato de uma mãe que afirma ter tido contato com diferentes profissionais durante o processo de diagnóstico do filho, exceto com o enfermeiro, que ela considera essencial por ser o profissional mais próximo dos cuidados primários e da família, que viria a atuar como ligação entre eles e a assistência multiprofissional.

Observando a vivência das mães de indivíduos autistas Monteiro et al (2008) apontam o quão difícil é descobrir-se mãe de uma criança especial, quantos sonhos e desejos são rompidos com esse diagnóstico devido às limitações observadas na criança, podendo haver sentimento de impotência e despreparo. Para os autores, o papel da enfermagem nesses casos é auxiliar na busca pelo cuidado, orientar e prevenir o adoecimento físico e psíquico, contribuindo dessa forma para que saibam e possam cuidar de si e de seus filhos.

O que corrobora com a opinião de Melo et al (2016), que em seu trabalho dizem que o enfermeiro deve atuar muitas vezes como um mediador entre o paciente e sua família e os demais membros da equipe multiprofissional para melhorar a assistência prestada, visto que sua atuação não se restringe a conhecimentos técnicos e procedimentos, mas envolve habilidade de comunicação como uma importante ferramenta do processo de cuidar.

Dartora, Mendieta e Franchini (2014) também se mostram a favor de uma terapêutica personalizada para cada caso, ou seja, voltada para as necessidades de cada um. Nesse sentido, indicam a necessidade de um olhar atento aos familiares e integrá-los ao tratamento, sobretudo às mães, pois devido às responsabilidades que assumem quanto aos cuidados do autista, também necessitam ser ouvidas, acolhidas e orientadas para acompanhar o desenvolvimento da criança com transtorno.

Considera-se o estabelecimento de vínculo entre o paciente e sua família com o enfermeiro essencial para a assistência diferenciada que estes indivíduos necessitam, que por vezes requer um cuidado multiprofissional de qualidade e que vise a singularidade de cada caso, já que devido a dificuldades de comunicação e expressão se torna fundamental atentar-se para as necessidades do paciente, sem preconceitos, com zelo e curiosidade para visualizar o que não é demonstrado. Presume-se que a preocupação com o outro, tão característico da enfermagem, seja a essência da humanidade (SENA et al, 2015).

Dartora, Mendieta e Franchini (2014) concordam que a equipe de enfermagem é a que está mais próxima dos pacientes e suas famílias e, portanto, devem estar preparados para atuar em diferentes casos, contudo evidenciam que há pouca bibliografia que trate da importância do envolvimento do enfermeiro no cuidado ao paciente autista. Assim observam a necessidade de se avaliar a percepção desses profissionais sobre o tema e desenvolver pesquisas que sirvam de referência para a atuação dos mesmos, de forma que possam prestar uma assistência de qualidade aos pacientes com TEA e seus familiares.



### 2.4.3 Abordagens Terapêuticas no Âmbito da Saúde Mental

Os transtornos psicológicos são os principais problemas envolvidos nos casos de desenvolvimento atípico, por causarem comportamentos incomuns em diferentes aspectos da vida pessoal e social do indivíduo. Apesar de não saber com precisão a razão desses desenvolvimentos incomuns, sabe-se que tem origem neurológica e, portanto atualmente se enfatiza a importância de processos psicológicos e psicoterapias para o tratamento de tais problemas (BEE; BOYD, 2011).

Para o atendimento de pacientes com TEA é importante que os métodos de intervenção sejam de fácil aplicação, economicamente viáveis e comprovadamente eficazes, sendo também essencial que os terapeutas tenham formação e capacitação específicas para utilizá-los. Cita-se a importância da participação dos familiares, que auxiliam o processo terapêutico estimulando o indivíduo em outros ambientes (FERNANDES; AMATO, 2013).

Quanto ao tratamento, estudos identificam ofertas frequentes de terapias comportamentais ou cognitivo-comportamentais para os indivíduos com TEA, no entanto, terapêuticas voltadas para familiares e cuidadores são menos frequentes. Ainda segundo essa pesquisa, os principais tratamentos realizados com autistas envolvem treino de habilidades sociais e terapias de linguagem, seguido de terapia ocupacional e comportamental, sendo que muitos pacientes fazem uso de medicações como estimulantes, ansiolíticos e estabilizadores de humor (LIMA et al, 2017).

Acredita-se que no tratamento a terapêutica utilizada deve ter embasamento científico e para sua maior efetividade necessita do diagnóstico precoce. Outro fator importante apresentado é a necessidade de despertar nesses indivíduos seus talentos e valorizá-los, ou seja, incentivar sua potencialidade para que adquiram independência, autonomia, autorrealização e socialização (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012).

Atividades que incentivem o desenvolvimento da autoestima e autocuidado; criação de laços afetivos e estabelecimento de relações sociais; promovam a inserção social e profissional; incentivem a autonomia e divulguem os direitos do autista como cidadão; entre outras, são vistas como definidoras do ambiente terapêutico. Em outras palavras trata-se da criação de um local apropriado e favorável ao desenvolvimento do paciente (SENA et al, 2015).

No cotidiano é comum que as atividades de vida diária que estruturam e organizam a sociedade e as atividades que formam o indivíduo, tidas por muitos como de lazer, se coincidam. Dessa forma nota-se a importância das oficinas terapêuticas como as de

reciclagem e panificação, geralmente fornecidas no CAPS para o desenvolvimento dos pacientes e favorecimento da inclusão na sociedade (SALLES; BARROS, 2013).

Com intuito de estimular o desenvolvimento da linguagem, socialização e autoexpressão, Franzoi et al (2016) realizaram um estudo utilizando a música como uma estratégia adicional as intervenções utilizadas no CAPSi com crianças diagnosticadas com TEA, no qual observou-se que a música incentivou experiências lúdicas, motoras, sensoriais e de linguagem e interação entre as crianças desse grupo.

Conforme Aguiar, Pereira e Bauman (2017) citam em sua pesquisa, não existe tratamento medicamentoso aprovado para o autismo, apenas podem ser utilizados alguns fármacos para controle de sintomas típicos como agressividade e hiperatividade. Para as autoras o tratamento dessa condição deve ser voltado para a melhoria das habilidades de comunicação, interação e comportamento e para isto indicam a necessidade de cuidados multidisciplinares com médicos, educadores, fonoaudiólogos e psicólogos, e diferentes terapias.

Com relação à terapia medicamentosa, Bee e Boyd (2011) citam que em alguns casos de diagnóstico de autismo, talvez por apresentarem distração e lentidão na resposta a estímulos, algumas crianças podem ser beneficiadas com o uso da terapia medicamentosa, através da administração de estimulantes, comuns aos indivíduos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH.

Melo et al (2016), também concordam quanto ao fato do tratamento ser multidisciplinar, contando com profissionais terapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatra, pediatra e enfermeiro com terapêuticas voltadas ao desenvolvimento comportamental, educacional e familiar. No entanto indicam que essas terapias devem ser ajustadas a fase da vida do paciente, priorizando suas necessidades mais urgentes, como por exemplo, terapia da fala e interação em crianças pequenas; terapias de desenvolvimento de habilidades especiais, ocupacional e sexualidade em adolescentes.

Visto que a realização de atividades físicas é benéfica para a saúde e bem-estar de todo indivíduo, sendo utilizada até mesmo como forma de prevenção de doenças crônicas, acredita-se que pode trazer grandes benefícios para pessoas com limitações como as causadas pelo autismo, como déficits motores relacionados à marcha, equilíbrio, planejamento de movimentos, entre outros. Para os autores, o tratamento de TEA deve sempre considerar intervenções relacionadas ao desenvolvimento da coordenação motora (LOURENÇO, et al., 2015).

Sabendo que alguns portadores de TEA apresentam dificuldades com relação às atividades de vida diária devido às estereotípias, falta de atenção, coordenação e isolamento, pesquisas recentes tem procurado demonstrar a importância de atividades físicas para esses indivíduos. Sendo observado que, após o desenvolvimento dessas atividades, os pacientes apresentam melhoras na interação, coordenação motora, capacidade emocional, entre outras (AGUIAR; PEREIRA; BAUMAN, 2017).

Em sua pesquisa Lourenço et al (2015), citam diferentes intervenções relacionadas às atividades físicas que tiveram efeitos positivos sobre pacientes com TEA de diferentes idades, como jogos ao ar livre diariamente, onde reduziu o comportamento agressivo; hidroginástica e natação, que mostraram melhorias no comportamento motor bruto, equilíbrio, agilidade e redução de comportamento antissocial e estereotipado; equoterapia, que levou a melhoria da sensibilidade sensorial e comunicação, reduziu a distração e comportamentos sedentários; corrida, onde apresentou a diminuição da estereotípias. Os autores salientam que apesar das várias melhorias observadas nos diferentes tipos de intervenção, a maioria dos pacientes acompanhados eram crianças e adolescentes autistas.

Equoterapia é um termo utilizado para o uso terapêutico do cavalo em todas as formas possíveis e trata-se de uma intervenção reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Seus benefícios para a saúde física e mental humana são conhecidos há algum tempo e envolvem melhoras na comunicação, autocontrole, atenção, equilíbrio, coordenação motora e socialização. Conforme descrito, trata-se de um tratamento de reeducação e reabilitação motora, educacional e mental que visa o desenvolvimento físico, social e psicológico de pessoas com necessidades especiais e, portanto é indicada no tratamento de distúrbios relacionados ao comportamento, aprendizagem e desenvolvimento psicomotor, embora o autor aponte que essas terapias são coadjuvantes ao tratamento convencional (ESPINDULA, 2008).

A música também pode ser utilizada como terapia e é conhecida sua contribuição na promoção do relaxamento, alívio de ansiedade e estresse, sendo dessa forma útil em casos de isolamento social. A música é citada na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) (sigla em inglês) e foi relatada como forma de cuidado em saúde por Florence Nightingale no século XIX, no entanto, há poucos estudos sobre esse recurso em âmbito nacional (FRANZOI et al., 2016).

Ao estudarem a comunicação como um facilitador para a inclusão do aluno com TEA, Togashi e Walter (2016), citam formas alternativas que possibilitam essa habilidade a pessoas com necessidades especiais, como o sistema de Comunicação Alternativa Ampliada

(CAA), que se utiliza de símbolos pictográficos e ideográficos em substituição ou suplementação da fala e tem demonstrado resultados positivos no contexto do autismo, ainda que os estudos nesse meio sejam escassos.

O desenvolvimento humano, em qualquer faixa etária, pode envolver a necessidade de manutenção dos comportamentos existentes ou de adquirir novos, para isso é preciso que se analisem as interações do indivíduo. Nesse sentido, a terapia analítico-comportamental se trata de uma psicoterapia que, baseada na filosofia, princípios e conceitos da ciência do comportamento, auxilia no processo de compreender e intervir em determinados fenômenos (TOURINHO; LUNA, 2010).

Consideram-se as terapias comportamentais como essenciais para a inserção do autista na sociedade já que possibilitam a independência do indivíduo. Entre os métodos mais usuais de tratamento cita-se o Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlacionados à Comunicação (TEACCH); a Análise Aplicada ao Conhecimento (ABA); e *The Picture Exchange Communication System* (PECS), que trata-se de um sistema de comunicação por figuras (MELO et al, 2016).

Conforme Tourinho e Luna (2010), nas terapias de análise comportamental acredita-se que o comportamento do paciente com o terapeuta é uma amostra de sua interação em outros ambientes e, portanto, a postura do profissional durante as sessões favorece o desenvolvimento de novos padrões de comportamento. As condutas do terapeuta para alcançar os objetivos propostos são conhecidas como fornecimento de regras, favorecimento de autorregras, estimulação suplementar e modelagem de repertórios.

Quanto às formas terapêuticas utilizadas atualmente em pacientes com diagnóstico de TEA a ABA é citada com frequência como o único modelo com resultados comprovados cientificamente, no entanto em seus estudos com autistas e seus familiares, Fernandes e Amato (2013) encontraram pesquisas que afirmam não haver vantagens relevantes do ABA sobre outras intervenções, mas sugerem que esse método apresenta um bom progresso quando aplicado de forma intensiva e o mais precocemente possível. Geralmente essas intervenções são realizadas visando desenvolver habilidades adaptativas, motoras, de linguagem e sociais, sendo que as durações desses programas de treinamento podem variar conforme cada caso.

O método ABA serve como um tratamento de ensino e desenvolvimento de habilidades realizado por etapas e de forma repetida com registro das tentativas e resultados observados, o PECS é um programa que visa treinar as habilidades de comunicação tanto de crianças quanto de adultos, sendo que o objetivo é fazer, com auxílio de cartões, que o

indivíduo com transtorno perceba que pode expressar-se e conseguir o que deseja mais facilmente através da comunicação (SUDRÉ et al , 2011).

O PECS é um exemplo de CAA, sendo criado nos EUA em 1994 por Andrew Bondy e Lori Frost e contando atualmente com seis fases de treinamento, cada qual com um objetivo, no qual basicamente o indivíduo com prejuízos de comunicação utiliza-se de cartões com figuras para conseguir algo de seu interesse ou se expressar, por exemplo, troca-se um cartão com desenho de um objeto quando o quer ou o cartão com um sentimento quando quer expressá-lo. Já existem adaptações desse sistema (TOGASHI; WALTER, 2016).

## **2.5 Preconceito e exclusão social**

Sabe-se que a exclusão social de pessoas com transtornos mentais é algo comum ao longo da história, tanto através das internações em manicômios quanto pela discriminação devido ao estigma da doença, que geralmente leva à falta de trabalho e desvalorização do indivíduo em sofrimento psíquico. Dessa forma, para compreender o processo de reabilitação psicossocial e sua importância é preciso conceituar inclusão e exclusão (SALLES; BARROS, 2013).

Para Brasil (2015) os profissionais da rede pública de saúde devem compreender o modo de vida das pessoas que atendem e as dificuldades enfrentadas por elas para que a assistência prestada atenda todas as suas necessidades. Também afirma que esses profissionais devem empenhar-se para desconstruir convicções que estigmatizam e excluem socialmente indivíduos com TEA.

Leão e Barros (2011) realizaram um estudo com profissionais que atuam na assistência à saúde mental para refletir sobre inclusão e exclusão social e nesse contexto, o estigma relacionado à doença mental foi indicado como causador da exclusão social, tendo início na própria família. A estigmatização, que é o ato de atribuir um sentido negativo a uma pessoa ou característica dela, quando relacionada à saúde mental pode gerar intolerância e exclusão por induzir a população a associar o transtorno mental à incapacidade, periculosidade e improdutividade.

Em sua pesquisa Dartora, Mendieta e Franchini (2014) também encontraram indícios de que os autistas sofrem preconceito na própria família, quando são limitados de desenvolver algumas atividades, excluídos de conversas, afastados do convívio social ou quando familiares demonstram vergonha por suas ações. Sendo que devem ser tratados como seres humanos, que apresentam algumas dificuldades e até limitações, mas podem se desenvolver se capacitados e trabalhados da forma correta.

Com o diagnóstico de autismo há o risco de estigmatização do paciente, fato que leva à exclusão social, por isso muitos indivíduos com TEA preferem que sua condição não seja vista como uma patologia psiquiátrica e sim como uma simples diferença de comportamento. O estigma pode ser visto como o ato de marcar negativamente ou julgar algo ou alguém e é muito comum em casos de diagnósticos psiquiátricos, atingindo não apenas o paciente como também sua família (BRASIL, 2015), no entanto Salles e Barros (2013) fazem um alerta quanto ao uso da terminologia estigma pelo fato de sugerir que há algo de errado, sendo mais aconselhável o uso do termo discriminação, que transfere o sentimento de erro para aquele que exerce a atitude.

Lemos et al (2016) consideram que o estigma do autismo interfere nas ações que são dirigidas a esses indivíduos, porque é criado pelo público geral um rótulo que dificulta o desenvolvimento dos mesmos em sociedade. Para isso, os autores identificam que a inclusão, sobretudo na educação em escolas regulares, é fundamental para o desenvolvimento de habilidades da população autista e permite aos demais analisar e redimensionar suas concepções e práticas.

Sabe-se que o ambiente em que uma criança com autismo está inserida afeta sua evolução, podendo ser de maneira positiva ou negativa, dessa forma, considerando que esses indivíduos são muito sensíveis, conviver com pessoas ou em locais turbulentos pode agravar seu quadro, gerando ansiedade, fobias e o aumento das estereotipias, logo, não se deve promover apenas a inclusão dessas crianças na sociedade, mas também pensar na qualidade dos ambientes inclusivos (GUSMÃO; BEZERRA; MEL, 2015).

A inclusão social pode ser vista como a liberdade para exercer seus direitos, é a cidadania, sendo que esses direitos são criações de pessoas e grupos baseados no que acreditam ser um dever. Sendo assim, existem comportamentos vistos como normais e outros como anormais, que diferem entre indivíduos e grupos e, portanto, exercer ou não esses deveres, ou atividades consideradas normais, determinam a inclusão ou exclusão de um indivíduo. Antes de discutir a inclusão social é preciso entender o que é exclusão e quais seus fatores geradores, como por exemplo, o preconceito (CAMINO; ISMAEL, 2012).

De forma simples, a visão preconceituosa que muitos têm sobre os transtornos mentais é gerada pela associação, errônea, de diferentes fatos, como por exemplo, discriminar o doente mental por considerá-lo perigoso porque em diferentes veículos (jornais e filmes) o indivíduo agressivo e perigoso é tido como psicótico, ou seja, é feita uma associação entre perigo e loucura, portanto considerado que qualquer um que se encaixe nesse critério deva ser

afastado, isolado como acontecia na época das internações manicomiais (SALLES; BARROS, 2013).

Apesar de no cotidiano os termos discriminação, preconceito e estereótipo serem equivalentes, pelo ponto de vista jurídico são diferentes, sendo o estereótipo o ato de categorizar pessoas e grupos a partir da observação; o preconceito o ato de julgar os demais, ter uma atitude negativa em relação a outro; e a discriminação trata-se do comportamento ou ação resultante do preconceito (PÉREZ-NEBRA; JESUS, 2011).

O preconceito é considerado, classicamente, como a causa da exclusão social uma vez que a diferença de pensamento, comportamento ou os pré-julgamentos entre indivíduos ou grupos resultam em antipatia e ações discriminatórias. Esses julgamentos antecipados, que geram aversão, baseiam-se em crenças negativas e sem fundamento lógico. Dessa forma pode-se esperar que desconstruindo o preconceito elimine-se a discriminação e assim a exclusão social (CAMINO; ISMAEL, 2012).

Salles e Barros (2013) discutem baseado em entrevistas, com pacientes diagnosticados com transtornos mentais e indivíduos que convivem com eles, o fato da falta de conhecimento sobre o adoecimento mental influenciar o preconceito. Isso é observado em relatos de vivência de antipatia em razão a sua condição e ser considerado ‘louco’ ou ‘doido’, o que reflete a influência do modelo manicomial ainda na atualidade e demonstra que a questão da saúde mental é pouco discutida na sociedade.

Essa rejeição que muitos pacientes com um diagnóstico psiquiátrico sofrem se relaciona à incapacidade de aceitar a diferença, possivelmente pela visão utópica de uma sociedade perfeita e organizada, sem espaço para o que se distingue. Nesse contexto os entrevistados indicam o medo da rejeição como possível gerador do isolamento e a pobreza como um fator da exclusão desse grupo de pessoas (LEÃO; BARROS, 2011).

Para reduzir os casos de exclusão devido ao estigma associado ao diagnóstico é necessário haver discussões entre pessoas com TEA, seus familiares, profissionais da saúde e educação, entre outros, como uma forma de conscientizar o público em geral a lidar com esse diagnóstico sem preconceitos e como ferramenta importante para a terapêutica e evolução do paciente. Desta forma, é necessário que se aprenda a visualizar a pessoa ao invés do transtorno (BRASIL, 2015).

Por mais que o TEA possa ser visto como uma condição muito complexa, que envolve o prejuízo de algumas habilidades em áreas distintas do desenvolvimento, Silva, Gaiato e Reveles (2012), afirmam que o transtorno não impede que os indivíduos acometidos

desempenhem habilidades sociais de maneira satisfatória, e assim buscam desestigmatizar o autismo incentivando o convívio com os mesmos.

## 2.6 Inclusão Social

“Tolerar a existência do outro e permitir que ele seja diferente ainda é pouco. Quando se tolera, apenas se concede, e essa não é uma relação de igualdade, mas de superioridade de um sobre o outro. [...] Deveríamos criar uma relação entre as pessoas da qual estivessem excluídas a tolerância e a intolerância”.  
(SARAMAGO, 1993 apud AGUILERA, 2010, p.104).

Para Salles e Barros (2013) a inclusão social não se trata ou se restringe às intervenções e tratamentos a que esses pacientes com transtornos mentais são submetidos, mas envolve a promoção de direitos relacionados à política, cultura e práticas, trata-se de participação, da possibilidade de fazer parte de uma comunidade. Incluir é possibilitar que o indivíduo tenha controle sobre a própria vida e acesso aos direitos de todo cidadão para uma vida de qualidade e isso pode ser observado no relato de pacientes com transtornos mentais que definem inclusão social como o ato de participar do mercado de trabalho ou ter acesso à educação.

No estudo de Leão e Barros (2011), observou-se que a construção da cidadania depende de vários aspectos: materiais, afetivos, relacionais, entre outros, e que o fato de entender que todos têm direitos não provoca qualquer mudança na vida daqueles que são excluídos. Para a efetivação da cidadania, ou seja, para a inclusão é preciso permitir que todos exerçam seus direitos, inclusive no que se refere ao mercado de trabalho, logo, os pacientes devem ser estimulados a desenvolver autonomia.

Considera-se a ação em conjunto de diferentes profissionais como fator importante para oferecer o tratamento e acompanhamento mais adequado para a pessoa com TEA, que estimule seu desenvolvimento em um ambiente inclusivo, que as autoras acreditam ser aquele formado por indivíduos com diferentes características. Aponta-se ainda a falta de reflexão como fator influenciador de ambientes exclusivos e atitudes preconceituosas (GUSMÃO; BEZERRA; MEL, 2015).

Tratando-se de compreender esse transtorno e incentivar a inclusão, Silva, Gaiato e Reveles (2012), evidenciam a importância de se refletir sobre quem realmente vive alienado: indivíduos com TEA, que apresentam algumas dificuldades de socialização e comunicação; ou os que acreditam que o autista é um ser isolado, alheio, estranho e com uma vida muito limitada e, assim, não enxergam suas habilidades.



É comum ao pensar no autismo visualizar, ainda que de forma inconsciente, a imagem de uma pessoa isolada, distante e distraída com o balançar do próprio corpo. Apesar dessa imagem refletir a realidade de alguns casos Dartora, Mendieta e Franchine (2014) acreditam que a mesma restringe o indivíduo ao diagnóstico, contribui para a estigmatização do transtorno e indica ainda que a falta de interação desses indivíduos reflete o modo como as pessoas a sua volta reagem às manifestações do transtorno, acabando por potencializá-las.

De um modo geral, o desenvolvimento do processo de inclusão, no que tange os transtornos mentais, requer uma modificação de convicções existentes há tempos na sociedade e construção de novas políticas voltadas à saúde mental, para assim aumentar as possibilidades de inclusão e demonstrar que esses indivíduos são capazes de desenvolver diversas atividades como qualquer outra pessoa (SALLES; BARROS, 2013).

A eficácia da inclusão social de autistas depende em grande parte da desconstrução de crenças como a de que eles vivem alheios ao que acontece ao seu redor ou que não são capazes de demonstrar afeto. Esses mitos aumentam a descrença quanto à capacidade de aprendizagem e desenvolvimento dessa população (SANINI; BOSA, 2015).

Seguindo esse ideal Salles e Barros (2013) afirmam que o modo de pensar de uma sociedade exerce efeitos tanto positivos quanto negativos no cotidiano dessa população e nesse sentido todos podem contribuir intelectualmente para a formação de uma conduta moral e visão de mundo, logo é papel de todos incentivarem mudanças e colaborar com novas formas de pensamento sobre as mais diversas áreas que envolvem o coletivo e a estruturação da sociedade.

Giaconi e Rodrigues (2014) sugerem que devido à possibilidade do autismo causar uma ampla desordem funcional, anteriormente à realização de atividades inclusivas pode ser necessário um processo de adaptação na família, escola, local de trabalho e locais de lazer, para que todos aqueles que irão interagir com o autista saibam agir de forma correta e que permita a liberdade de ação conforme sua condição, para que o indivíduo não sofra com eventuais alterações em seu estilo de vida.

Aguiar, Pereira e Bauman (2017), consideram os diversos tipos de atividades físicas como ferramentas para o desenvolvimento de habilidades em pessoas com TEA, como a interação com os demais, no entanto alerta para a preparação que se deve ter antes de realizar essa inclusão, como conhecer as limitações desses indivíduos e educar os demais a fim de evitar discriminação.

Gusmão, Bezerra e Mel (2015) apontam, a partir de uma revisão de bibliográfica, que a inclusão social é o principal objetivo do tratamento de um autista e consideram a inclusão

no âmbito escolar primordial para o desenvolvimento desses indivíduos, sendo capaz de melhorar sua qualidade de vida e o principal caminho para a efetiva integração em sociedade.

Conforme Lemos et al (2016), muitos profissionais indicam a inserção ou inclusão escolar como importante ferramenta para estimular a habilidade de interação social em crianças autistas, ainda que existam dificuldades relacionadas a essa prática. Assume-se a importância da educação especial para essas crianças, no entanto considera-se que a atenção extra que esses indivíduos necessitam não requer a segregação social dos mesmos.

Sanini e Bosa (2015) concordam com a importância da inclusão do autista em escolas regulares, mas analisam que a falta de preparo e crenças de alguns professores podem afetar o ensino-aprendizado do aluno devido à falta de expectativas sobre o mesmo, principalmente em casos que desafiam as habilidades do profissional, como o autismo.

Togashi e Walter (2016) também acreditam que o processo de inclusão de autistas, principalmente em âmbito escolar, é algo delicado, especialmente quando não há um preparo para recebê-los ou profissionais capazes de direcionar o ensino conforme as especificações do aluno, o que acarreta em prejuízos no aprendizado em salas de aula regulares. Ainda assim, defendem essa inclusão nessas escolas regulares, visto que, o processo adequado de ensino pode trazer benefícios tanto para o autista quanto para os demais alunos, que através da convivência podem aprender com as diferenças e serem mais inclusivos.

Quanto à educação como forma de inclusão, Lemos et al (2016), dizem ser uma prática que permite a oportunidade de desenvolvimento integral da criança ou jovem com necessidades especiais, ainda que este necessite de uma atenção personalizada. Por outro lado, afirmam que para essa universalização do acesso a educação ser realmente eficaz é necessário a organização de diferentes fatores, como experiência e formação dos professores, características e educação dos demais alunos, possibilidade de participação da família e nível de comprometimento da comunicação e comportamento dessa criança.

De um modo geral, o processo de reabilitação psicossocial, que conduz à inclusão, visa acompanhar o paciente na busca e identificação de atividades significativas e estabelecimento de relações para construir uma vida cotidiana, visto que o sofrimento mental pode alterar e até impossibilitar atividades de vida diária e relações sociais. Dessa forma os serviços de assistência à saúde mental devem dar atenção, além do transtorno, à qualidade de vida do paciente, sua relação com amigos e familiares, educação, existência de trabalho, lazer e residência (SALLES; BARROS, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observar o desenvolvimento das atividades cotidianas atualmente, torna-se nítido que a sociedade em geral vive uma era do imediatismo, dos julgamentos preconcebidos e da valorização do supérfluo, o que por vezes gera o individualismo, a incapacidade de lidar com as limitações alheias e de enxergar o outro com humanidade. Diante desse fato o presente trabalho abordou alguns aspectos ligados a uma população, que ao longo da história viu-se excluída das atividades comuns e de direito do cidadão, para que se pusesse discutir as responsabilidades dos profissionais da área da saúde quanto à integração social desses indivíduos.

Para discutir tais responsabilidades, se fez necessário apresentar primeiramente o conceito do transtorno do espectro do autismo, as principais manifestações clínicas apresentadas por esses indivíduos e como se dá o processo de identificação, avaliação e diagnóstico nesses casos.

Dentro da atuação da equipe multidisciplinar em saúde mental verificou-se como responsabilidade do enfermeiro no CAPS tanto o desenvolvimento de atividades assistenciais quanto administrativas. Também notou-se as diferentes condutas terapêuticas que podem ser adotadas por essa equipe, sendo que em suma visam favorecer o crescimento e desenvolvimento do indivíduo autista, independente da idade, também como forma de inseri-lo na sociedade afim de que exerça sua cidadania.

Tendo visto que a falta de conhecimento a respeito da saúde mental evidenciada pelos ideais inverídicos, sem sustentação científica, norteiam ações discriminatórias e de exclusão, como a citada associação entre diagnóstico psiquiátrico e periculosidade, é possível associar o déficit de conhecimento à discriminação e preconceito, o que evidenciou a urgente necessidade de orientação da população quanto à veracidade das informações sobre o tema.

Quanto ao objetivo geral, considera-se responsabilidade da equipe multidisciplinar o diagnóstico, acompanhamento, avaliação e desenvolvimento de intervenções necessárias à

evolução do paciente com TEA, incluindo-se a preparação para o convívio em sociedade. Estando o enfermeiro incluso nessa equipe, assumindo o mesmo compromisso, no entanto nota-se que é esperado desse profissional um maior envolvimento e proximidade com o paciente.

Portanto, verificou-se que quanto à inclusão a função das equipes multidisciplinares em saúde é promover um ambiente de confiança, interna e externamente às instituições, que estimule o autista a desenvolver as habilidades até então limitadas pelo transtorno, para que evolua e adquira autonomia, podendo exercer plenamente sua cidadania.

Por fim, recomenda-se às instituições de ensino, que possibilitem aos discentes um desenvolvimento satisfatório, tanto em teoria quanto na prática em saúde mental para assim fornecer à sociedade profissionais aptos para atuarem na área; às instituições de saúde, que utilizem-se de educação continuada a fim de capacitar suas equipes para que saibam lidar com pacientes diagnosticados com TEA; e aos profissionais, principalmente da AB, que se utilizem das ferramentas de identificação precoce do autismo tendo visto os benefícios futuros dessa ação para a qualidade de vida desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Renata Pereira de; PEREIRA, Fabiane Silva; BAUMAN, Claudiana Donato. **Importância da prática de atividade física para as pessoas com autismo.** J Health, v. 5, n. 2, p. 178-183, 2017.
- APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARROS, Isabela B. do Rêgo; FONTE, Renata F. Lima da. **Estereotípias motoras e linguagem: aspectos multimodais da negação no autismo.** RBLA, v. 16, n. 4, p. 745-763, Belo Horizonte, 2016.
- BECKER, Michele Michelin. **Tradução e validação da entrevista Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) para diagnóstico de autismo no Brasil.** 2009. Tese (Mestrado em Ciências Médicas: pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- BEE, Helen; BOYD, Denise. **A criança em desenvolvimento.** 12 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5. ed. Brasília: MS, 2004.
- CAMINO, Leoncio; ISMAEL, Eliana. O papel da psicologia nos processos de exclusão social. In: GUERRA, Andréa M. C. et al (orgs.). **Psicologia Social e Direitos Humanos.** 2 ed. Belo Horizonte: Artesã, 2012. Cap. 13 (parte II), p. 185.
- DARTORA, Denise Dalmora; MENDIETA, Marjoriê da Costa; FRANCHINI, Beatriz. **A equipe de enfermagem e as crianças autistas.** J Nurs Health, v. 4, n. 1, p. 27-38, 2014.
- DIAS, Cristiane Bergues; SILVA, Ana Luisa Aranha e. **O perfil e a ação profissional da enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial.** v.44, n. 2, p. 469-475, 2010.
- ESPINDULA, Ana Paula. **Efeitos da equoterapia em praticantes autistas.** UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO [Tese], Uberaba, 2008.
- FERNANDES, Fernanda D. Miranda; AMATO, Cibelle A. de La Higuera. **Análise de comportamento aplicada e distúrbios do espectro do autismo: revisão de literatura.** CoDAS, v. 25, n. 3, p. 289-296, 2013.

FLORES, Mariana Rodrigues; SMEHA, Luciane Najar. **Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico.** Agora, v. XVI, n. especial, p. 141-157, Rio de Janeiro, 2013.

FRANZOI, Mariana André Honorato et al. **Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial.** Texto contexto enferm, v. 25, n. 1, 2016.

GIACONI, Catia; RODRIGUES, Maria Beatriz. **Organização do espaço e do tempo na inclusão de sujeitos com autismo.** Educação e Realidade, v. 39, n. 3, p. 687-705, 2014

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUSMÃO, Joyce E. L. Silva de; BEZERRA, Mirna G. C. Ernesto; MEL, Thalita C. de Lima. **Prática da Inclusão Social da Criança Autista no Ambiente Educacional.** Cadernos de graduação: Ciências Humanas e Sociais, v. 3, n. 1, p. 83-96, Maceió, 2015.

HADJKACEM, Imen, et al. **Fatores pré-natais, perinatais e pós-natais associados ao transtorno do espectro do autismo.** J Pediatr. v.92, n. 6, p. 595-601, Rio de Janeiro, 2016.

KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKI, Fernanda Barreto; JÚNIOR, Sidnei Teixeira. **O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial.** Trabeduc saúde, v. 6, n. 1, 2008.

KLIN, Ami. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral.** Rev Bras Psiquiatria. 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. **Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental.** Interface - Comunic., Saúde Educ., v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011.

LEMOS, Emellyne Lima de Medeiros Dias et al. **Concepções de pais e professores sobre a inclusão de crianças autistas.** Fractal Revista de Psicologia, v. 28, n. 3, p. 351-361, 2016.

LIMA, Rossano Cabral et al. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro.** Saúde Soc. v. 26, n. 1, p. 196-207, 2017.

LOURENÇO, Carla C. V. et al. **Avaliação dos efeitos de programas de intervenção de atividade física em indivíduos com transtorno do espectro do autismo.** Rev Bras Ed Esp. v. 21, n. 2, p. 319-328, 2015.

MAIA, Fernanda Alves et al. **Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho.** Cad. Saúde Colet. V. 24, n. 2, p. 228-234, Rio de Janeiro, 2016.

MARQUES, Daniela Fernandes; BOSA, Cleonice Alves. **Protocolo de avaliação de crianças com autismo: evidências de validade de critério.** Psicologia: teoria e pesquisa, v. 31, n. 1, p. 43-51, 2015.

MELLO, Ana Maria S. Rosde, et al. **Retratos do autismo no Brasil.** 1 ed. São Paulo: AMA, 2013.

MELO, Camila Alves de et al. **Identificação do papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao autismo.**v.2, n. 2, 2016.

MERCADANTE, Marcos Tomanik; TAMANAHA, Ana Carina. Transtornos Globais do Desenvolvimento. In: MIRANDA, Mônica Carolina; MUSZKAT, Mauro; MELLO, Claudia Berlim de. **Neuropsicologia do desenvolvimento: transtornos do neurodesenvolvimento.** Rio de Janeiro: Rubio, 2013. Cap. 5, p.105-117.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. **Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem.**RevBrasEnferm, v. 61, n. 3, p. 330-335, 2008.

NOGUEIRA, Maria Assunção Almeida; RIO, Susana C. M. Martins. **A família com criança autista: apoio de enfermagem.**Rev Portuguesa de Enf em Saúde Mental, 2011.

OLIVEIRA, Bruno D. Castro de, et al. **Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação.**Physis Rev. de saúde coletiva. v. 27, n. 3, p. 707-726, Rio de Janeiro, 2017.

OMS – Organização Mundial da Saúde (coord.). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artmed, 1993, p. 246-253.

PÉREZ-NEBRA, AmaliaR. ; JESUS, Jaqueline G. de. Preconceito, estereótipo e discriminação. In: TORRES, Claudio Vaz; NEIVA, Elaine Rabelo (orgs.). **Psicologia Social: principais temas e vertentes.** Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 10, p. 219.

PEROTTI, IvaneLaurete. **O transtorno do espectro do autista na escola: um labirinto de práticas interligadas na/à alfabetização.** Percurso Acadêmico, v. 6, n. 12, p.353-370, Belo Horizonte, 2016.

POSAR, Annio; VISCONTI, Paola. **Autismo em 2016: necessidade de respostas.** J Pediatr. v. 93, n. 2, p. 111-119, Rio de Janeiro, 2017.

QUEIROZ, Rafael M. R. **Monografia Jurídica: passo a passo.** São Paulo: MÉTODO, 2015.

RIOS, Clarice et al. **Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira.** Interface: comunicação saúde educação, v. 19, n. 53, p. 325-335, 2015.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. **Representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social.** Saúde Soc., v. 22, n. 4, p. 1059-1071, 2013.

SANINI, Cláudia; BOSA, Cleonice Alves. **Autismo e inclusão na educação infantil: crenças e autoeficácia da educadora.** Estudos de Psicologia, v. 20, n. 3, p. 173-183, 2015.

SARAMAGO, José. Um ateu preocupado com Deus. O Globo. Rio de Janeiro, 1993 [Entrevista a Sandra Cohen]. In: AGUILERA, Fernando Gómez (Org.). **As palavras de Saramago: catálogo de reflexões pessoais, literárias e políticas**. São Paulo, 2010. p.104.

SATO, Fábio Pinato; MERCADANTE, Marcos Tomanik. Transtornos invasivos do desenvolvimento. In: MIGUEL, Euripedes Constantino (ed.); GENTIL, Valentim (ed.);GATTAZ, Wagner Farid (ed.). **Clínica Psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP**. Barueri, SP: Manole, 2011. Cap. 78, p. 1085-1094.

SEIZE, Mariana de Miranda; BORSA, Juliane Callegaro. **Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática**.Psico-USF, v. 22, n. 1, p. 161-176, Bragança Paulista, 2017.

SENA, Romeika C. F. et al. **Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil**.v. 7, n. 3, p. 2707-2716, 2015.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa; GAIATO, Mayra Bonifácio; REVELES, Leandro Thadeu. **Mundo singular: entenda o autismo**.Fontanar, 2012.

SOARES, Régis Daniel et al. **O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial**. Esc. Anna Nery, v. 15, n. 1, p. 110-115, 2011.

SUDRÉ, Roberta C. da Rocha et al. **Assistência de enfermagem a crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD): autismo**.v. 56, n. 2, p. 102-106, 2011.

TAMANAHANA,Ana Carina et al. **Trajetória de aquisição e desenvolvimento de fala de crianças autistas com e sem história de regressão autística**.CoDAS, v. 26, n. 4, p. 265-269, 2014.

TOGASHI, Cláudia Mihau; WALTER, Cátia C. de Figueiredo. **As contribuições do uso da comunicação alternativa no processo de inclusão escolar de um aluno com Transtorno do Espectro do Autismo**.RevBras Ed Esp., v. 22, n. 3, p. 351-366, 2016.

TOURINHO, Emmanuel Zagury; LUNA, Sergio Vasconcelos (Org.). **Análise do comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas**. São Paulo: Roca, 2010.

VARGAS, RosanitaMoschini. **Envolvimento parental no contexto da educação infantil e séries iniciais de alunos com autismo**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação do Programa de pós-graduação em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS**. v.6, n. 1, 2010.



## **ANEXOS**

**Anexo A - Características Clínicas de Crianças com risco para Transtorno do Espectro do Autismo.**

**Quadro 1 – Características Clínicas de Crianças com risco para TEA.**

<b>De 6 a 8 meses</b>	<b>De 12 a 14 meses</b>	<b>Por volta de 18 meses</b>
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por exemplo: ausência da relação olho a olho).	Não respondem claramente quando são chamados pelo nome.	Não se interessam por jogos de faz de conta.
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro.	Não demonstram atenção compartilhada.	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa.
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbucio, principalmente em resposta ao outro.	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém.	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas e, se ficam sozinhas, não incomodam ninguém.
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro.	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas.	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições.
Não se viram em direção da fala humana a partir dos 4 primeiros meses de vida.	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras.	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (por exemplo: por ventiladores, rodas de carrinhos, portas de elevadores).
Não estranham quem não é da família, como se não notassem a diferença.	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em lhes provocar gracinhas.	Pode aumentar seu isolamento.

**Fonte:** Adaptado de Brasil (2015), p.48.