

# MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

## CHILD DEVELOPMENT MILESTONES AND ITS RELATION WITH THE EARLY DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER

Gisela Tebaldi Guedes de Moraes **1**

Ladislau Ribeiro do Nascimento **2**

Giselli de Almeida Tamarozzi **3**

**Resumo:** Este artigo teórico propõe uma reflexão sobre a relação entre os marcos do desenvolvimento infantil e a identificação de alterações no comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Supõe-se que o conhecimento sobre o conjunto de habilidades esperadas para a maioria das crianças de uma determinada idade potencializa o diagnóstico precoce do TEA. Com efeito, profissionais de saúde e/ou educação podem identificar sinais de alerta para o transtorno de modo eficaz. O presente trabalho baseou-se em uma revisão bibliográfica, a partir do acesso a livros, capítulos e artigos sobre o tema em destaque. Constatou-se que o conhecimento acerca dos marcos típicos do desenvolvimento infantil é imprescindível para os profissionais lidarem adequadamente com as vicissitudes da infância, sobretudo no que tange à identificação de eventuais sinais atípicos, ou fatores de riscos ao desenvolvimento. Por fim, salienta-se que a identificação de atrasos no desenvolvimento, bem como a definição do diagnóstico e o início precoce da intervenção se constituem como fatores determinantes para a minimização de prejuízos decorrentes do TEA na vida futura da criança.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil. Transtorno do Espectro Autista. Diagnóstico Precoce. Desenvolvimento Infantil.

**Abstract:** This theoretical article proposes a reflection on the relationship between the milestones of child development and the identification of changes in the behavior of children with Autistic Spectrum Disorder (ASD). It is assumed that knowledge about the set of skills expected for most children of a given age enhances the early diagnosis of ASD. Indeed, health and/or education professionals can effectively identify warning signs for the disorder. The present work was based on a bibliographic review, from the access to books, chapters and articles on the highlighted theme. It was found that knowledge about the typical milestones of child development is essential for professionals to adequately deal with the vicissitudes of childhood, especially with regard to the identification of possible atypical signs, or risk factors for development. Finally, it should be noted that the identification of developmental delays, as well as the definition of the diagnosis and the early start of the intervention are determining factors for minimizing the losses resulting from ASD in the child's future life.

**Keywords:** Child development. Autistic Spectrum Disorder. Early diagnosis. Child development.

- 
- 1** Mestre em Ensino em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Especialista em Análise Aplicada do Comportamento e Reabilitação cognitiva. Graduada em Terapia Ocupacional. Terapeuta Certificada pelo Modelo Precoce de Denver (ESDM) - Mind Institute e Coaching Parental pela mesma Instituição. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7894208681483376>. E-mail: [gisela.tebaldi@yahoo.com.br](mailto:gisela.tebaldi@yahoo.com.br)
  - 2** Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professor no Curso de Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0594312091964432> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6980-706X>. E-mail: [ladislaunascimento@uft.edu.br](mailto:ladislaunascimento@uft.edu.br)
  - 3** Doutora e Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do curso de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1474399406529566>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8360-3063> E-mail: [gisellitamarozzi@mail.uft.edu.br](mailto:gisellitamarozzi@mail.uft.edu.br)

## Introdução

A saúde como área de conhecimento e atuação profissional pode ter importante participação nos processos educacionais, especialmente para o desenvolvimento de competências e habilidades de educadores que atuam diretamente com a infância. Os encontros e diálogos entre as duas áreas podem trazer resultados profícuos, embora exijam ponderação e cautela para o delineamento de limites entre os dois domínios.

No universo infantil, todos os atores educacionais (professores, gestores, funcionários, colegas ou grupo de pares, família), assim como profissionais da saúde (médicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos...) estão envolvidos direta ou indiretamente nas ações de desenvolvimento cotidiano. Portanto, a busca pelo aprimoramento de práticas de intervenção e pela produção de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil são fundamentais para garantir melhores condições de vida às crianças.

No que se refere ao desenvolvimento atípico, constata-se escassez de pesquisas sobre recursos necessários para a sua identificação e posterior tratamento. No caso específico do TEA, poucos estudos consideram as competências que os diversos atores possuem ou devem possuir para detectar os seus sinais de alerta.

O aprofundamento desse tema, para a atuação na saúde ou na educação implica na possibilidade de melhores prognósticos ao desenvolvimento infantil, visto que essas crianças podem ser estimuladas o mais cedo possível. Assim, a partir de uma revisão bibliográfica através de acesso a livros, capítulos e artigos sobre o tema em destaque, este trabalho busca refletir sobre a importância de profissionais que atuam com a infância terem acesso aos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, marcos do desenvolvimento e TEA.

Parte-se do pressuposto que a compreensão sobre fatores e aspectos do desenvolvimento seja fundamental para garantir eficácia aos processos de detecção de sinais de alerta precoce nos casos de TEA. Neste sentido, espera-se contribuir na melhoria dos índices de detecção deste transtorno, proporcionando coerência e assertividade aos encaminhamentos, uma vez que a intervenção precoce pode melhorar o desenvolvimento, o prognóstico e a qualidade de vida das crianças. Objetiva-se, também, oferecer subsídios para profissionais de educação e até mesmo familiares identificarem atrasos nas esferas do desenvolvimento, tendo como parâmetros os marcos do desenvolvimento e os eventuais sinais de alerta para o TEA.

O tema possui relevância na medida em que são observados, tanto nos dados epidemiológicos, quanto nas escolas, o aumento considerável no número de crianças com comportamentos compatíveis com TEA (SILVA, 2013; ROCHA *et al.*, 2019).

## Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento humano se inicia na vida intrauterina e ocorre até o final do ciclo vital (CDC, 2012; ZEPONE, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012). Desde a concepção, os seres humanos passam por processos de transformação que vão da maturação neurológica aos crescimentos físico, cognitivo e emocional (VYGOTSKY, 1987).

Segundo Serrana e Luque (2015), o desenvolvimento global da criança depende da relação entre características herdadas geneticamente e experiências vividas no cotidiano. Os estudos sobre o desenvolvimento infantil concentram-se no processo sistemático e progressivo de mudanças que ocorrem em cada etapa da vida da criança. Essas mudanças podem ser expressas em atitudes e comportamentos manifestos pela criança no cotidiano, resultando em atividades cada vez mais complexas ao longo do tempo.

Os primeiros anos de vida são decisivos para o desenvolvimento e a saúde de uma criança. Os circuitos neurais estão se estabelecendo rapidamente, sendo influenciados por experiências precoces que impactam a subjetividade, a organização neural e o comportamento infantil, na mesma proporção que as características inatas e/ou do ambiente em que ocorre o desenvolvimento (ZEANAH JR; ZEANAH, 2009, p. 5).

O desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multidimensional e integral, que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental,

sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida (BRASIL, 2016, p. 12).

Conhecer e acompanhar as etapas do desenvolvimento infantil é importante, uma vez que podemos perceber quando ele não ocorre como o esperado e avaliar se isso apresenta-se como um sinal de alerta demandante de maior atenção. Tendo em vista o fato de a identificação precoce de alterações no desenvolvimento possibilitar uma intervenção adequada.

Conhecer o desenvolvimento infantil é condição necessária para a observação eficaz dos marcos de habilidades previstas para uma criança realizar ao longo do tempo. A compreensão sobre como as crianças evoluem, dentro desses marcos, em determinado tempo, é um dos componentes básicos de conhecimento ao cuidado infantil.

Hinde (1994, p. 12) explica, em seu texto *Developmental Psychology in the Context of Other Behavioral Sciences*, que “estudar as diferenças no desenvolvimento dos indivíduos traz implícita a ideia de buscar compreender, primeiramente, as propriedades comuns, para que seja possível entender as diferenças”.

Um ponto importante a ser considerado é que, embora os domínios do desenvolvimento da criança sejam divididos em áreas funcionais, essa divisão serve meramente para título de estudo. Os domínios são interrelacionados ao longo de todo o desenvolvimento (LURIA, 2013); assim, um domínio influencia diretamente o outro.

Também se faz pertinente destacar que, segundo Papalia et al. (2006), o desenvolvimento infantil é de natureza cumulativa e está relacionado com o desenvolvimento ao longo da vida, não sendo encerrado em uma determinada fase. Pode-se dizer que ele também cursa para direção de maior complexidade, seguindo a integração hierárquica, onde a criança vai conseguindo combinar várias habilidades.

Desde o nascimento até a morte há uma sequência de eventos configurados em estágios, relacionados ao processo reprodutivo da sociedade. Tais estágios de desenvolvimento exigem o desempenho de tarefas específicas que desencadeiam um processo de transição qualitativa de competências (DESSEN; COSTA JR, 2005).

A maioria das células cerebrais dos seres humanos se forma antes do nascimento. Todavia, depois do parto, através das experiências ambientais, as vias se tornam mais numerosas e especializadas, na medida em que o bebê cresce e adquire a capacidade de usar as diferentes partes do corpo. As crianças começam a desenvolver novas habilidades dentro de um tempo esperado, em uma sequência de desenvolvimento. Conforme amadurecem, adquirem novos comportamentos ou modificam os antigos, no que se pode chamar de aprendizado. Papalia et al. (2006, p. 31) definem a aprendizagem como “uma mudança duradoura no comportamento como base na experiência ou adaptação ao ambiente.”

Compreendendo a chamada primeira infância, os três primeiros anos de vida, em especial, são ainda mais essenciais. Trata-se de um período sensível ao desenvolvimento cerebral. Nesse momento, a plasticidade do cérebro favorece a aquisição de recursos fundamentais para o desenvolvimento nos próximos anos de vida (BLACK et al., 2017).

As habilidades motoras grossas e finas são aspectos essenciais do desenvolvimento global de uma criança, possibilitando-lhe explorar seu ambiente por meio de brincadeiras com objetos, demonstrações de afeto e de independência por meio da mobilidade (WEISS; OAKLAND; AYLWARD, 2017).

O desenvolvimento cognitivo, por sua vez, está relacionado aos processos que auxiliam a criança a interpretar e responder às situações ocorridas no meio ambiente. Nesse domínio, a criança forma conceitos, desenvolve raciocínio e descobre soluções para problemas, além de memorizar o aprendizado, sustentar a atenção, planejar e organizar ações.

Segundo Trombly e Radomski (2005) o desenvolvimento sociocomunicativo compreende interações e manutenção em relações com o outro, bem como permite à criança o entendimento sobre os sentimentos e as emoções. Por meio da linguagem receptiva, a criança compreende unidades da comunicação falada, não falada e comunicação expressiva, dentre outros subcomponentes.

Sendo assim, considera-se que o conhecimento e a identificação precoce de alterações durante o desenvolvimento infantil abrem caminhos para a realização de um tipo de intervenção preventiva em relação a outros problemas físicos e mentais (LAURITSEN, 2013).

## Marcos do Desenvolvimento

Os marcos do desenvolvimento são um conjunto de habilidades que a maioria das crianças consegue realizar dentro de um tempo específico. Despontam como referência e parâmetro para a compreensão sobre o curso de desenvolvimento. Delimitam o desenvolvimento da criança a partir de dois limites: inferior e superior. Assim, respeita-se o tempo de desenvolvimento de cada criança, considerando limites de segurança, conforme destaca o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Pensar no processo de desenvolvimento vital de cada criança é considerar que todos os indivíduos, ao amadurecer, passam por fases e estágios. Cada etapa se caracteriza por novas tarefas e o amadurecimento consiste precisamente na solução dessas tarefas, cada vez mais complexas (MENDONÇA, 2008, p. 79).

Na literatura são descritas muitas habilidades esperadas para uma criança desenvolver, dentre elas: sustentar a cabeça, o tronco, sentar sozinha, rolar, engatinhar, brincar de se esconder, reconhecer a voz do outro, andar, dentre outras esperadas ao longo da primeira infância. Aos poucos, as habilidades aumentam e expandem o repertório, tornando-o mais robusto e presente nas principais ocupações, tais como brincar, praticar atividades de vida diária e realizar tarefas escolares (PFEIFER; SANT'ANNA, 2020).

A infância é o período em que a preocupação com o desenvolvimento deve ser prioritária. Muitos profissionais que lidam com crianças repercutem um discurso sobre o suposto tempo particular de cada criança. Muitas vezes, sem perceber, profissionais de saúde ou educadores deixam de se atentar para eventuais sinais de alerta para algum transtorno, sob influência de uma crença de que “cada criança tem seu tempo”. Conforme apontado acima, há limites que indicam variações possíveis entre uma criança e outra, no que concerne ao desenvolvimento. No entanto, há de se considerar a existência de marcos que indicam se o desenvolvimento de uma criança caminha ou não de acordo com o esperado.

Segundo Bentzen (2012) a compreensão sobre como as crianças mudam ao longo do tempo é um dos componentes básicos para os bons cuidados infantis, independentemente do cenário ou da situação em que se encontram as crianças. Contudo, a mudança no desenvolvimento é ordenada e sistematizada, sendo importante que todos os profissionais que trabalham com a primeira infância possam conhecer. Sendo assim, a utilização de medidas objetivas ou testes padronizados viabiliza a detecção de eventuais atrasos ou prejuízos, possibilitando um diálogo comum entre profissionais de saúde e educação.

Em geral, o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento infantil nos coloca em contato com as etapas vividas pela criança, assim como pode conduzir a criança para avaliação precoce, diagnóstico diferencial, tratamento e reabilitação, promovendo, assim, a prevenção de agravos.

A Academia Americana de Pediatria (APA, 2014) recomenda vigilância do desenvolvimento e triagem para identificar de modo precoce atrasos ou deficiências no desenvolvimento (DDs), com o intuito de garantir intervenções oportunas e melhorar os resultados de tratamentos e reabilitações.

O conhecimento sobre o desenvolvimento típico infantil é fundamental para que o profissional em contato com a infância possa identificar possíveis sinais atípicos, bem como fatores de riscos, salientando-se que a identificação de atrasos no desenvolvimento, bem como a definição do diagnóstico e o início da intervenção são determinantes para minimizar os prejuízos na vida futura da criança.

Além da compreensão sobre os marcos do desenvolvimento, faz-se importante conhecer as características dos transtornos do neurodesenvolvimento. Nesta proposta de reflexão, conforme tem sido apontado, destaca-se o TEA.

## Transtorno do Espectro Autista

Os transtornos do neurodesenvolvimento interferem na qualidade das experiências iniciais da criança e, portanto, no desenvolvimento das habilidades esperadas para a idade. Impactam negativamente o desenvolvimento infantil interferindo na aquisição de novas habilidades e capacidades, bem como no cotidiano de vida da criança de um modo geral. Podem variar os

sintomas, manifestando-se de diferentes formas, de acordo com cada estágio de desenvolvimento, exigindo um olhar criterioso do profissional que acompanha a criança, seja em ambiente de saúde ou de educação.

Transtornos do desenvolvimento acometem entre 15 e 20% das crianças e incluem déficit de atenção com hiperatividade, transtornos do espectro autista, específicos de aprendizagem, deficiência intelectual, transtornos motores e da comunicação, e transtorno de conduta (LAGE, 2020).

Dentre várias patologias associadas com a infância, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V - aponta para os transtornos do neurodesenvolvimento como um grupo de condições que tem início no período precoce do desenvolvimento. No geral, manifestam-se antes de a criança entrar na escola e são caracterizados por prejuízos no desenvolvimento.

É frequente a ocorrência de mais um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, deficiência intelectual com alterações vinculadas ao espectro autista. Em muitos casos, crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) apresentam algum transtorno específico da aprendizagem. Há situações em que a condição clínica inclui sintomas de transtornos, déficits e atrasos em atingir os marcos esperados, conforme se observa em casos de TEA (APA, 2014, p. 31).

Em 2013, na última atualização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.ª edição - DSM-V, o TEA foi apresentado como condição referente ao neurodesenvolvimento, caracterizado por comprometimento significativo nos aspectos sociais, comunicativos e apresentação de comportamentos repetitivos e restritivos, independente da etiologia (APA, 2014). Estes transtornos podem ou não ser acompanhados retardo mental ou atraso cognitivo (APA, 2014; KLIN, 2006).

Em relação ao déficit na comunicação social e na interação social, o DSM-V destaca, em linhas gerais, os seguintes exemplos de comportamentos: intensa dificuldade para iniciar, estabelecer e/ou manter algum tipo de interação social, dificuldade para estabelecer uma conversa normal, poucos sinais de interesse, emoção ou afeto. Muitas vezes, crianças com TEA centram sua atenção exclusivamente nos interesses pessoais, demonstrando ausência de gatilhos internos para o estabelecimento de interesse e continuidade em temáticas interativas externas.

Quanto aos déficits nos comportamentos comunicativos não verbais, destacam-se o baixo contato visual e a pobre expressividade em relação à linguagem corporal, assim como déficits na compreensão e no uso de gestos. Em alguns casos constata-se ausência total de expressões faciais e de comunicação não verbal. Em relação à interação social, aponta-se a dificuldade em relacionar-se com os outros, podendo ser adulto ou pares, a incapacidade de compartilhar sentimentos, gostos e emoções e a dificuldade na discriminação entre diferentes pessoas.

Quando elas não evitam estes contatos interpessoais, se relacionam de forma mecânica e sem expressão de sentimentos, podem também estar presentes dificuldades em compartilhar brincadeiras imaginativas e em fazer amigos (SCHMIDT, 2017, p. 224).

Também fazem parte dos comportamentos observados na criança com TEA, além daqueles descritos, o uso de objetos ou fala estereotipada/repetitiva, rotinas e padrões inflexíveis durante as atividades do cotidiano, assim como comportamentos ritualizados, interesses restritos e fixos com excessiva intensidade ou foco e alterações na modulação sensorial, com interesses incomuns em aspectos sensoriais.

É essencial destacar que passou a vigorar no Brasil, a partir de 1º de janeiro de 2022, a categorização do TEA inscrita na Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CID-11; versão 2/2022), definido dentro da categoria de transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento, como: transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional; transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional; transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento



intelectual e com linguagem funcional prejudicada; transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e linguagem funcional prejudicada; transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional; outro transtorno do espectro do autismo especificado e transtorno do espectro do autismo não especificado.

Sendo assim, não se pode perder de vista o fato de cada criança com TEA apresentar sintomas e intensidade de sintomas diferentes. Não se pode observar uma criança e partir para conclusões precipitadas, do tipo: se não tem todos os sintomas então não é uma criança com autismo. Nesse sentido, a maioria das crianças apresenta uma composição diferente de sintomas, embora todos se inscrevam nos domínios do TEA.

A partir da aparição de novas linhas de pesquisa, envolvendo neurobiologia, genética, psicologia e psicopatologia do desenvolvimento, bem como as ciências cognitivas, com novos paradigmas, metodologias e instrumentos (TARDIF, 2014), ampliam-se os limites tradicionais do diagnóstico. A compreensão sobre o autismo foi modificada por estas contribuições e permitiram, inclusive, um olhar mais específico relacionado ao início dos sinais e sintomas, individualizando as diferentes formas clínicas e as suas trajetórias (VOLKMAR *et al.*, 2014).

Refletir, então, sobre o conhecimento dos profissionais diretamente ligados às crianças acerca dos sinais precoces de TEA se faz necessário, uma vez que podem agir para melhorar o desenvolvimento da criança, especialmente em um contexto de prevalência crescente que vem sendo apresentada ao longo desses anos, e reportada em diversos estudos. Ademais, informações e conhecimento sobre o tema são urgentes diante de mudanças na caracterização e classificação nosológica do TEA, o que atesta sua natureza complexa.

Segundo Mazzeto (2015, p. 19), no livro *A criança com autismo: trajetórias desenvolvimentais atípicas à luz da teoria piagetiana da equilíbrio*: “[...] as modificações na caracterização do autismo ocorreram desde a definição inaugural proposta por Leo Kanner (1943), passando por reformulações importantes propostas por Rutter (1978), e Lorna Wing (1991), além dos próprios manuais de classificação”<sup>1</sup>.

As mudanças nas caracterizações sobre o TEA se articulam ao aumento expressivo dos casos. Nas últimas décadas tem-se observado um aumento substancial na prevalência do TEA. Na década de 60, a estimativa era de 4 a 5 casos de autismo para cada 10.000 nascimentos. Já em 2009 o número subiu para 40 a 60 casos a cada 10.000 crianças nascidas. Um estudo realizado em 2010 estimou a prevalência de 1 a cada 68 crianças, com um aumento de 23% em comparação ao estudo no ano anterior. Em muitos países, tais números não são documentados, a maioria dos estudos acontece na Europa e nos Estados Unidos. No Brasil não existem dados conclusivos relativos à prevalência do transtorno (MAIA *et al.*, 2018).

No Brasil, em 2019, foi criada a Lei 13.861, em que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passa a fazer perguntas sobre TEA durante o Censo, sendo possível quantificar pessoas com TEA no Brasil e realizar um mapeamento de sua distribuição. Porém, em decorrência da pandemia da Covid 19, o Censo dos anos de 2020 não ocorreu no prazo previsto de divulgação, o que pode comprometer a atualização dos dados epidemiológicos oficiais.

Segundo o DSM-V as estimativas demonstram que nos últimos anos o TEA atingiu 1% da população nos Estados Unidos e em outros países. O motivo para o aumento das taxas não é confirmado, porém, são citadas as possibilidades do aumento da conscientização a respeito do transtorno, a ampliação dos critérios diagnósticos, as diferenças nas metodologias dos estudos ou o real crescimento do número de casos (APA, 2014).

De acordo com dados e estatísticas atuais do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2012), em torno de 1 em cada 54 crianças foram identificadas no espectro a partir de estimativas da Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo (ADDM) do CDC. Dados de estudos realizados na Ásia, Europa e América do Norte indicaram a prevalência entre 1% e 2% de pessoas com TEA. Em 2021, a mesma instituição antecipou e publicou resultados da nova prevalência de autismo. Os resultados continuam a crescer: um caso para 44 crianças.

O TEA apresenta maior incidência no sexo masculino, com a proporção de um diagnóstico

<sup>1</sup> O autor enumera os principais autores que apontaram fatores que auxiliaram na construção/caracterização do TEA.

a cada quatro casos. Amostras clínicas sugerem que as meninas diagnosticadas apresentam maior tendência a apresentar deficiência intelectual associada (APA, 2014). É um transtorno que se manifesta em pessoas de diferentes etnias, raças e grupos socioeconômicos. Em torno de 30% dos casos estão associados à deficiência intelectual, além da existência da possibilidade de outras comorbidades, como o próprio TDAH (SBP, 2019).

Estudos apontam que a etiologia do TEA ocorre por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Um dado que indica a presença do componente genético é a taxa elevada de TEA entre gêmeos idênticos, maior do que a taxa entre gêmeos fraternos (SILVA, 2013). Existem evidências de que há genes envolvidos na arquitetura do TEA, com variados modelos de herança. Além dos fatores genéticos, os de risco ambiental podem ter relação com o transtorno (WILLCUTT *et al.*, 2019), podendo abranger idade avançada dos pais, negligência acentuada, exposição a medicamentos durante a gestação, baixo peso ao nascer e prematuridade (SBP, 2019).

Na perspectiva atual, o diagnóstico de autismo é feito a partir da avaliação do quadro clínico da criança, não existindo exames laboratoriais. Embora existam algumas descrições na literatura acerca de genes presentes em pessoas com autismo, não há marcadores laboratoriais específicos.

O diagnóstico não é uma tarefa fácil. Quem realiza o diagnóstico precisa se pautar em um olhar minucioso, especialmente porque marcadores comportamentais associados ao TEA podem surgir entre 12 e 18 meses de idade. Zwaigenbaum, Bryson e Garon (2013) salientam a possível verificação de sintomas de riscos para TEA nos primeiros dois anos de vida. De acordo com os autores, os sinais afetam múltiplos domínios de desenvolvimento, incluindo comunicação social e interesses repetitivos/comportamentos, mas também se estendendo aos atrasos motores e à regulação atípica da atenção e da emoção.

A investigação do diagnóstico geralmente parte do pedido dos pais por observar comportamentos sugestivos de TEA, ou provém de profissionais próximos à criança, tais como pediatras e educadores. A avaliação é um processo contínuo (PFEIFER; SANT'ANNA, 2020), para tanto, o avaliador precisa ter habilidades para coletar, interpretar e avaliar adequadamente as informações recebidas.

Devido à heterogeneidade dos achados clínicos, o diagnóstico do “espectro autista” é um dos mais desafiadores, (JOHNSON; MYERS, 2007). Demandam cuidado extremo (GADIA *et al.*, 2004). A coleta de dados em uma avaliação pode ocorrer de várias formas, porém, segundo Gioia e Guilharde (2018), a sugestão oferecida no protocolo de triagem precoce indica: (1) entrevista com a família, (2) seleção de um instrumento de rastreio, (3) observação da criança e (4) conclusão.

A entrevista inicial, de modo geral, é o primeiro recurso para se conhecer um pouco sobre a história da criança. Destaca-se a importância que há no levantamento de todos os dados da criança, com o objetivo de se conhecer os fatores de riscos e proteção a que está exposta. No histórico gestacional, faz-se necessário entender como ocorreu o pré-natal, buscando saber se os marcadores de exames estavam todos dentro do esperado, se a mãe sofreu intercorrências com diabetes, infecção urinária, dentre outras.

Em relação aos dados relacionados com o nascimento da criança, destacam-se alguns pontos, como o tempo em que a criança nasceu, ou seja, se foi termo, pré-termo ou tardio; peso; apgar<sup>2</sup>, uso de suporte ventilatório, internação em unidade fechada; enfim, essa cadeia de eventos faz com que o profissional possa conhecer os primeiros pontos de desenvolvimento da criança.

Após colher esses dados é importante descrever o período neonatal e primeira infância relacionando-os com o progresso dos marcos de desenvolvimento. O avaliador precisa ter a habilidade de escutar e saber selecionar as perguntas que nortearão o roteiro da entrevista, sendo a etapa da anamnese essencial para o processo de formulação do raciocínio clínico e auxílio na conduta terapêutica.

A triagem universal para TEA tem sido recomendada pela Academia Americana de Pediatria (APA) para garantir prática consistente e detecção ideal de crianças pequenas, com sinais de TEA, em uma variedade de contextos comunitários

2 A escala de Apgar foi proposta em 1953 pela médica Virgínia Apgar, inicialmente sendo uma rápida análise clínica do recém-nascido. Após mudanças, a escala tornou-se um padrão de avaliação do bebê, sendo a soma de cinco sinais, determinados nos primeiros cinco minutos de vida da criança. Os sinais avaliados são aparência, pulso, gesticulação, atividade e respiração. Disponível em: <[www.medicina.ufmg.br](http://www.medicina.ufmg.br)>. Acesso em: 29 out.2022.

Detectar atrasos no desenvolvimento significa observar em detalhe o comportamento, examinando cada mudança e considerando o contexto no qual a criança está inserida. A observação envolve o olhar atento e minucioso de fenômenos ou fatos relacionados a uma pessoa acerca de seus comportamentos específicos, iniciando pela história patológica pregressa e finalizando com histórico ambiental. Muitas vezes, profissionais de educação são os primeiros a perceberem as primeiras alterações de desenvolvimento, especialmente no que tange os marcos de desenvolvimento.

Após esse levantamento, observações ecológicas (qualitativas) devem acontecer em contextos estruturados e não estruturados, para que seja traçado o perfil de desenvolvimento da criança, com destaque para os pontos fortes e as dificuldades da criança.

Realizar essa avaliação é bastante importante, visto que possibilita a identificação de sinais de alerta para transtornos do neurodesenvolvimento, ou a conclusão de um diagnóstico de modo antecipado para subsidiar o planejamento de intervenções reabilitadoras precoces (SCHWARTZMAN; ARAÚJO, 2011; ZANON; BACKES; BOSA; TEIXEIRA, 2017).

Os sinais precoces para o TEA se manifestam em crianças muito pequenas. A partir de seis meses, segundo o manual de orientação do departamento de pediatria do desenvolvimento e comportamento (SBP, 2019), algumas características são: pouca expressão facial de engajamento, pouco ou nenhum contato visual, poucas respostas de intenção com o outro, não sorri, ausência do sorriso social em resposta a interação com o outro e pouco engajamento sociocomunicativo.

Segundo Bosa e Teixeira (2017) a observação realizada em bebês de até seis meses de idade não apresentou uma diferença tão discrepante no desenvolvimento, quando se comparou crianças neurotípicas e com TEA. No entanto, existe uma diminuição de frequência acerca da emissão do comportamento. Ou seja, seria como se até os seis meses o desenvolvimento das crianças fosse muito similar.

Aos nove meses os sintomas vão ficando mais claros e aparentes. A criança quase não olha quando é chamada pelo nome; a imitação dos outros é pouca ou ausente; não segue o apontar de um adulto que compartilha algo. Na maioria das vezes, o olhar para o objeto e para a outra pessoa triangulando o olhar e a expressão emocional ocorrem com pouca frequência. Este tipo de ocorrência se deve ao não desenvolvimento da habilidade de Atenção Compartilhada (AC), sendo essa habilidade um ponto importante para o diagnóstico diferencial.

A AC pode ser definida como o compartilhamento de experiência de um indivíduo com um parceiro social (GOMES *et al.*, 2015; MONTENEGRO, 2009). As habilidades de AC começam a ser observadas por volta dos seis meses de idade em bebês com desenvolvimento típico e se estabelecem plenamente até o final do primeiro ano de vida (MONTENEGRO, 2009).

De 12 a 18 meses, esses sinais vão se acentuando e somando-se. Nos casos de TEA, os marcos seguintes do desenvolvimento não surgem, resultando em pouco ou nenhum balbúcio, palavras isoladas como papai e mamãe também não aparecem. Observa-se pouco ou nenhum gesto habitual e social, ou seja, a criança não aponta, não mostra, não acena.

Há também ausência ou raridade de gesto de atenção compartilhada, com tendências para redução em variações na expressão facial ao se comunicarem, a não ser alegria/excitação, raiva ou frustração. As crianças tendem a explorar menos objetos e, muitas vezes, fixam-se em algumas de suas partes sem se deter às funções (ex.: passar mais tempo girando a roda de um carrinho do que empurrando-o). É possível perceber que jogos como de faz-de-conta, que emergem por volta dos 15 meses, ainda não estão presentes (BRASIL, 2013).

Entre 18 e 24 meses, crianças com TEA podem não se interessar e não tentar pegar objetos compartilhados por outras pessoas. Muitas vezes não seguem ou apontam ao olhar dos outros; podem não olhar para o alvo ou olhar apenas para o dedo de quem está apontando. Crianças com TEA costumam utilizar menos gestos e/ou utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não” também podem estar ausentes em crianças dessa faixa etária (SILVA, 2013).

Foi recomendado pela Academia Americana de Pediatria que todas as crianças sejam rastreadas com um instrumento específico para TEA durante as consultas de puericultura nas idades neste período de vida, em conjunto com a vigilância contínua do desenvolvimento e a triagem do desenvolvimento em banda larga. A justificativa para esta recomendação foi baseada na presença de sintomas mais claros de TEA aos 18 meses de idade (ZWAIGNBAUM *et al.*, 2015, p. 42).



De 24 a 36 meses ainda apresentam fixação em partes do brinquedo ou objeto, com dificuldades para brincar de modo apropriado ao que o brinquedo representa. Podem apresentar desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano, e/ou repetir fragmentos de relatos e diálogos ouvidos ou desenhos assistidos. As rotinas são mais rígidas e as brincadeiras repetitivas (ZWAIGNBAUM *et al.*, 2015).

Para auxiliar no diagnóstico, os instrumentos de rastreios podem ser utilizados pelos profissionais que estão em contato com a criança. É importante ressaltar que o rastreamento não é o suficiente para fechar o diagnóstico, mas produz alerta em relação aos sintomas e apoia o encaminhamento da criança para uma avaliação mais criteriosa a partir da atuação de um profissional especialista, com vistas à realização de intervenção precoce (BARBOSA; FUMES, 2016).

Segundo Willcutt *et al.* (2019) o examinador deve estar atento a qualquer um dos comportamentos não usuais. Ele deve também ter em mente que as crianças com distúrbios do espectro autista têm dificuldades de adaptação a situações novas e, dessa forma, a situação do exame em si tende a ser particularmente estressante e eliciar comportamentos não usuais. Quem avalia muitas vezes se depara com crianças autistas que leem tudo o que tem diante dos olhos no local do exame, como forma de lidar com esta ansiedade, assim como crianças cujas reações se mostravam ainda mais rígidas e ritualizadas nesta nova situação do que em outros contextos.

A função do rastreamento é identificar sinais de alerta, ou sinais preocupantes acerca de algum transtorno. Ele nos fornece uma informação a respeito de uma investigação mais minuciosa do caso. Segundo a revisão sistemática de Bosa e Teixeira (2017), onze instrumentos foram descritos. Os autores destacam escalas, e questionários interativos e de observação. Além disso, indicam o tipo de respondente para cada instrumento, podendo ser pais, psicólogos, profissionais da área da saúde e a população-alvo em relação a idade das crianças, que varia de um a trinta e seis meses de idade.

Esses materiais são utilizados por serem instrumentos com os quais se pode registrar se a criança é capaz de desempenhar determinados comportamentos, sendo possível medir e registrar o desempenho de competências, habilidades, comportamentos e características de uma pessoa.

A utilização de instrumentos validados é fundamental, pois tais recursos estabelecem uma linguagem padronizada entre profissionais de várias áreas, permitindo, além do levantamento de hipóteses e realização de diagnósticos, a conferência de técnicas, bem como a indicação de abordagens terapêuticas e o acompanhamento da intervenção.

Pereira (2021) se baseia em estudos relevantes para salientar a importância que há no uso de instrumentos de rastreio, sejam eles tecnológicos ou apoiados em recursos como lápis e papel. Segundo a autora, a adoção de tais medidas fortalece processos de elaboração e de implementação de políticas públicas em saúde voltadas para a detecção de sinais de alerta precoces para o TEA.

No Brasil, o acesso às escolas pode ocorrer desde muito cedo. Embora a legislação considere o ensino obrigatório para crianças de quatro a dezessete anos (BRASIL, 2013), o acesso à educação infantil pode ocorrer a partir de zero ano. Através deste serviço, crianças recebem cuidados e acolhimento, brincam, interagem e recebem acompanhamento ao desenvolvimento infantil. Tais procedimentos são essenciais, a partir do olhar especializado da equipe escolar que também pode auxiliar na identificação precoce de sinais de risco para transtornos do neurodesenvolvimento, possibilitando a realização dos devidos encaminhamentos para atendimentos especializados.

Um avanço na identificação precoce de sinais de risco ocorreu através da Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017, que torna obrigatória a adoção pelo SUS de um protocolo de aplicação de um instrumento que vise a identificação de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, para todas as crianças em seus primeiros 18 meses de vida (BRASIL, 2017). Reforça-se a importância da identificação e diagnóstico precoce para que as estimulações ocorram no período em que a plasticidade neuronal é mais intensa. O diagnóstico e intervenções tardias potencializam diversos déficits no desenvolvimento global das crianças (SBP, 2019).

Posto isso, é importante também que profissionais em contato com a primeira infância sejam capacitados e instrumentalizados para rastrear e manejar os próximos passos a serem seguidos pela família.

Estando na linha de frente dos cuidados iniciais da criança, educadores e profissionais da atenção básica se colocam em melhores condições para rastrear o TEA. De forma cuidadosa, podem

acompanhar os marcos do desenvolvimento, assim como procurar características do transtorno em crianças que frequentam creches ou consultas médicas. Além disso, escalas de triagem podem ser usadas durante avaliações programadas ao desenvolvimento infantil.

Muitas crianças com TEA se beneficiam da identificação precoce dos sinais de alerta, sobretudo quando são encaminhadas precocemente para os serviços de intervenção, quando recebem ensino comportamental estruturado e intensivo, baseado na análise aplicada ao comportamento, além de serem envolvidas em práticas multidisciplinares, com serviços de terapia ocupacional, fonoaudiologia, pedagogia, entre outros.

Como já discutido, melhorar o desenvolvimento da primeira infância, assim como se atentar aos atrasos que uma criança possa ter nessa idade se constitui um passo importante para o alcance das melhores condições para o desenvolvimento ao longo da vida, viabilizando, assim, qualidade para o desempenho de ocupações, atividades de vida diária, atividades de vida prática, exercícios escolares, brincadeiras e interações sociais.

## Considerações Finais

O diagnóstico precoce do TEA é fundamental para garantir condições mais propícias ao cuidado e ao desenvolvimento infantil. O conhecimento acerca dos fatores associados ao desenvolvimento infantil, e a compreensão sobre os seus marcos, devem compor o repertório de ações de profissionais de saúde e educação que atuam em contato com as crianças. Esses profissionais também podem auxiliar familiares para a identificação precoce do TEA.

Esta reflexão teórica também apontou para o valor que há nas intervenções feitas de modo precoce, com o intuito de reduzir prejuízos ao desenvolvimento de crianças com TEA. Vale salientar que, após a identificação do transtorno, as estratégias de ensino devem ser adaptadas a cada criança, tendo em conta os limites dos marcos do desenvolvimento.

Intervenções precoces viabilizam para as crianças as condições necessárias para o desenvolvimento de habilidades em diferentes áreas, estimulando a neuroplasticidade e a aquisição de repertórios comportamentais cruciais para a criança se comunicar e interagir ao longo de seu desenvolvimento.

Por fim, ressalta-se a necessária articulação entre conhecimentos e técnicas provenientes das áreas de saúde e educação, para o alcance dos melhores resultados diante das demandas associadas ao TEA.

## Referências

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

BARBOSA, M. O.; FUMES, N. D. L. F. O transtorno do espectro autista e a formação docente em debate. *In: III Congresso Nacional de Formação de Professores (CNFP) and XIII Congresso Estadual Paulista sobre Formação de Educadores (CEPFE)(Proceedings)*, p. 6393-6404, 2016.

BENTZEN, W. R. **Guia para observação e registro do comportamento infantil**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

BLACK, M. M.; WALKER, S. P.; FERNALD, L. C. H. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**, n. 389, v. 10064, p. 77-90. 2017.

BOSA, C. A.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica**. 1ª Edição. São Paulo: Hogrefe. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013** – Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para

dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências, 2013.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 26 de abr. 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Prevalence of autism spectrum disorders** - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report - Surveillance Summaries*, v. 61, n. 3, p.1-20, 2012.

CUNHA, E. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

DESSEN, M. A., COSTA JR., A. L. (orgs). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre, RS: Armed, 2005.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, n. 80. 2004.

GIOIA, P. S.; GUILHARDI, C. Protocolo comportamental de avaliação e intervenção precoces para bebês de risco autístico. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, n. 20, v. 3, p. 118-135. 2018. Disponível em: <https://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/1221/602>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GOMES, P. T. M. *et al.* Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. **J Pediatría**, v. 91, p. 111-21. 2015.

GONÇALVES, A. L. *et al.* Diagnóstico e intervenção precoce no autismo: relatos de práticas profissionais. **Diaphora**, v. 10, n. 1, p. 31-39, 2021. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/274/236>. Acesso em: 15 mar.2021.

JOHNSON, C. P.; MYERS, S. M. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. **Pediatrics**, n. 120, v. 5, p. 1183-215, 2007.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. *Nervous Child*, v. 2, p. 217-250, 1943.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**, v. 28, suppl.1, p.s3-s11. 2006.

LAGE, G. M. **Comportamento motor nos transtornos do desenvolvimento**. Belo Horizonte: Editora Ampla, 2020.

LAURITSEN, M. B. Autism spectrum disorders. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, n. 22, v. 1, p. 37-42. 2013.

LURIA, A. R. **Desenvolvimento cognitivo**: seus fundamentos culturais e sociais. Trad. Fernando L. G. 7. ed. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2013.

MACHADO, F. P. *et al.* Respostas parentais aos sinais clássicos de autismo em dois instrumentos de rastreamento. **Audiology - Communication Research [online]**, v. 21, n. 0, e1659. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/tvZ8ytH9vNQLYdT8FXFrH5H/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 15 abr. 2021.

MAIA, F. A. *et al.* Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controle no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 8, 2018.

MAZZETO, C. T. M. **A criança com autismo**: trajetória desenvolvimentais atípicas a luz da teoria piagetiana da equilibração, 2015.

MENDONÇA, M. E. A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott e a fisioterapia. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 1-30, 2008.

MONTENEGRO, M. Atenção Compartilhada. *In* M. T. Mercadante; M. C. Rosário (Eds.), **Autismo e Cérebro Social**, v.1. São Paulo: Segmento Farma Editores. 2009. p. 75-86.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Artmed Editora S.A. 8ª Edição. 2006. 868p.

PEREIRA, F. M.; CHARCHAT-FICHMAN, H.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Instrumentos de Vigilância e Rastreio do Desenvolvimento Infantil e Tecnologia Móvel: Revisão. **Aval. psicol.** [conectados], vol.20, n.1, p. 71-79. 2021.

PFEIFER, L. I.; SANT'ANNA, M. M. M. O brincar em tempos de pandemia da covid-19: reflexões sob a perspectiva da terapia ocupacional/Playing in Covid-19 pandemic times: reflections from the occupational therapy perspective. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 6, n. 1, p. 834-844, 2020.

ROCHA, C. C. *et al.* O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nfN4dx9HgDcSXCyjSjqb4SF/?lang=pt> Acesso em 02 dez. 2022.

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Transtorno do Espectro Autista**. 2019. 24p. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21775d-MO\\_-\\_Transtorno\\_do\\_Espectro\\_do\\_Autismo\\_\\_2\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775d-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo__2_.pdf). Acesso em: 20 fev. 2021.

SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. Transtornos do espectro do autismo. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 14, n. 4, p. 772-774. 2011.

SERRANO, P.; LUQUE, C. **A Criança e a Motricidade Fina**. Desenvolvimento, Problemas e Estratégias. Papa Letras; 2ª edição. 2015. 120p.

SILVA, G. C. A. *et al.* **Relação entre a Avaliação do Desenvolvimento Escolar e o Processo de Aprendizagem dos Alunos**. 2013. Monografia (Graduação em Pedagogia) - FAPI – Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, 2013. 56f.

SILVA, R. M. S. *et al.* **Estudos qualitativos**: enfoques teóricos e técnicas de cóleras de informações. Sobral, Edições UVA: 2018. 305p. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso em: 17 out. 2022.

SILVA, C. C.; ELIAS, L. C. S. Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. **Aval. psicol. [online]**, v.19, n. 2, p. 189-197. 2020.

STEYER, S. *et al.* A Importância da Avaliação de Programas de Capacitação para Identificação dos Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista - TEA. **Trends in Psychology [online]**, v. 26, n. 3, p. 1395-1410. 2018.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 17.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 5a. ed. Santos: Ed. Santos, 2005.

VAZ, F. F.; RAPOSO, R. **Introdução a Ciência Cognitiva**. 2002. Disponível em: [http://www.nce.ufrj.br/ginape/publicacoes/trabalhos/t\\_2002/t\\_2002\\_renato\\_aposo\\_e\\_francine\\_vaz/teorias.htm](http://www.nce.ufrj.br/ginape/publicacoes/trabalhos/t_2002/t_2002_renato_aposo_e_francine_vaz/teorias.htm). Acesso em: 15 jul. 2022.

WEISS, L. G.; OAKLAND, T.; AYLWARD III, G. P. Bayley III - uso clínico e interpretação. **São Paulo**, v. 423, p. 208, 2017.

WILLCUTT, E. G. *et al.* Understanding comorbidity between specific learning disabilities. **New directions for child and adolescent development**, v. 2019, n. 165, p. 91-109, 2019.

WING, L; GOULD, J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. **J Autism Dev Disord**, v. 9, n. 1, p.11-29. 1979.

VOLKMAR, F. R. *et al.* **Manual de autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento**. John Wiley & Sons, Inc. 4ª Edição. 2014.

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

ZWAIGENBAUM, L.; BRYSON, S; GARON, N. **Early identification of autism spectrum disorders**. Behavioral and Brain Research, v. 251, p. 33-46, 2013.

ZWAIGENBAUM, L. *et al.* Early identification of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research. **Pediatrics**, v. 136, n. 1, p. S10-S40, 2015.

ZEANAH JR, C. H.; ZEANAH, P. D. The scope of infant mental health. In: Zeanah CH Jr, editor. **Handbook of Infant Mental Health**. 3. New York: The Guilford Press; p. 5-21, 2009.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, p. 594-599, 2012.

Recebido em 12 de novembro de 2022.  
Aceito em 28 de novembro de 2022.