Percurso Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA): Experiência de Pais Brasileiros

Diagnostic Journey of Autism Spectrum Disorder (ASD): Experiences of Brazilian Parents

Recorrido Diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA): Experiencias de Padres Brasileños

Beatriz Soares de Araujo Ferreira
Carolina Aguiar de Oliveira
Ana Beatriz Pessoa Calderaro
Jaqueline de Carvalho Rodrigues
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Resumo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades na comunicação, interação social e por padrões de comportamento repetitivos e restritivos. O diagnóstico precoce faz-se importante para o planejamento de intervenções, sendo importante identificar como ele vem sendo conduzido no contexto brasileiro. Este estudo, descritivo e exploratório, teve como objetivo investigar o percurso diagnóstico de crianças com TEA a partir do relato de seus pais, descrevendo o perfil sociodemográfico e de saúde dos pais e dos filhos, os sinais iniciais percebidos, o acesso a intervenções e serviços de saúde, bem como o tempo para realizar o diagnóstico. Participaram 58 pais de crianças com diagnóstico de TEA, sendo 56 mães, que responderam um questionário elaborado pelas pesquisadoras e a Escala de Funcionamento Adaptativo (EFA). Verificou-se que 65,51% das famílias possuíam renda superior a três salários-mínimos e 33,83% dos pais tinham pós-graduação em andamento. As mães foram as principais responsáveis pela identificação dos sinais de atraso no desenvolvimento (62,07%), sendo que esses sinais foram percebidos majoritariamente até os dois anos de idade (74,14%). No entanto, o diagnóstico foi concluído, em média, apenas dois anos após a percepção dos sinais. Este estudo destaca que mesmo em uma amostra predominantemente de alta escolaridade e renda, há dificuldades de acesso ao processo diagnóstico e de tratamento do TEA no Brasil. Portanto, profissionais da saúde devem estar maior familiarizados com os sintomas do TEA, para promover intervenção precoce para as crianças, assim orientações e tratamento para seus familiares.

***Palavras-chave*:** Transtorno do Espectro Autista; Diagnóstico precoce; Funcionamento Adaptativo.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by difficulties in communication and social interaction, as well as by restrictive and repetitive behavior patterns. Early diagnosis is crucial for planning effective interventions, making it important to understand how this process has been conducted in the Brazilian context. This descriptive and exploratory study aimed to investigate the diagnostic trajectory of children with ASD based on parents' reports, describing the sociodemographic and health profiles of both parents and children, the initial signs perceived, access to interventions and health services, and the time required to obtain the diagnosis. Participants included 58 parents of children diagnosed with ASD, 56 of whom were mothers, who completed a questionnaire developed by the researchers and the Adaptive Functioning Scale (AFE). Results indicated that 65.51% of the families had a monthly income above three minimum wages, and 33.83% of the parents were pursuing postgraduate studies. Mothers were primarily responsible for identifying developmental delays (62.07%), and these signs were mostly noticed by the age of two (74.14%). However, the diagnosis was, on average, completed only two years after the first signs were observed. This study highlights that, even within a predominantly high-income and highly educated sample, there are significant challenges in accessing diagnostic and treatment processes for ASD in Brazil. Therefore, healthcare professionals should be more familiar with the symptoms of ASD to promote early intervention for children, as well as provide appropriate guidance and support for their families.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Early diagnosis; Adaptive functioning.

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades en la comunicación y en la interacción social, así como por patrones de comportamiento restrictivos y

Nota: Os autores são os responsáveis pela revisão ortográfica e gramatical deste artigo.

repetitivos. El diagnóstico temprano es fundamental para la planificación de intervenciones eficaces, por lo que resulta relevante comprender cómo se ha llevado a cabo este proceso en el contexto brasileño. Este estudio, de carácter descriptivo y exploratorio, tuvo como objetivo investigar el recorrido diagnóstico de niños con TEA a partir del relato de sus padres, describiendo el perfil sociodemográfico y de salud de los padres y de los hijos, las señales iniciales percibidas, el acceso a intervenciones y servicios de salud, así como el tiempo transcurrido hasta la obtención del diagnóstico. Participaron 58 padres de niños con diagnóstico de TEA, de los cuales 56 eran madres, quienes respondieron a un cuestionario elaborado por las investigadoras y a la Escala de Funcionamiento Adaptativo (EFA). Se verificó que el 65,51% de las familias tenía ingresos superiores a tres salarios mínimos y el 33,83% de los padres cursaba estudios de posgrado. Las madres fueron las principales responsables por la identificación de los signos de retraso en el desarrollo (62,07%), los cuales fueron percibidos mayoritariamente antes de los dos años (74,14%). No obstante, el diagnóstico se completó, en promedio, solo dos años después de la percepción de los primeros signos. Este estudio destaca que, mismo en una muestra predominantemente de alto nivel educativo y económico, existen dificultades en el acceso al proceso diagnóstico y al tratamiento del TEA en Brasil. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben estar más familiarizados con los síntomas del TEA para promover una intervención temprana en los niños, así como ofrecer orientación y tratamiento adecuados a sus familias.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista; Diagnóstico temprano; Funcionamiento adaptativo

Introdução

O Transtorno do Espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que consiste em dificuldades na comunicação, interação social em diferentes contextos e a presença de comportamentos e interesses repetitivos e restritivos. Ainda, pode haver hiper ou hiporreatividade sensorial e movimentos estereotipados, motores e verbais. Tais prejuízos comprometem a qualidade de vida nos campos social, laboral e educacional (American Psychiatric Association [APA], 2023).

O diagnóstico de TEA é composto por especificadores que incluem o grau de comprometimento funcional e a presença de déficits intelectuais e na linguagem (APA, 2023; World Health Organization [WHO], 2024). O grau de suporte ao indivíduo com o transtorno é verificado conforme o apoio necessário na comunicação social e nos comportamentos restritos e repetitivos, sendo dividido em três níveis: "requer apoio" (Nível 1), "apoio substancial" (Nível 2) e "apoio muito substancial" (Nível 3; APA, 2023). A etiologia do TEA é heterogênea, destacando-se fatores genéticos e ambientais, apesar de não se ter uma relação precisa de seus fenótipos (Bölte et al., 2019). Nesse contexto, diversos genes foram identificados como influenciadores do transtorno (Apte & Kumar, 2023), além de fatores ambientais como idade parental avançada, uso de tabaco, álcool e uso de medicações durante a gestação, diabetes materna, obesidade, hipertensão, infecções, exposição a metais pesados e fatores psicossociais extremos (Bölte et al., 2019).

Ademais, observa-se um aumento considerável nos diagnósticos de TEA em todo o mundo ao longo dos anos (Chiarotti & Venerosi, 2020). Possíveis explicações para esse aumento são a mudança de critérios para o diagnóstico, maior conhecimento acerca do transtorno, melhores ferramentas de identificação das condições e aperfeiçoamento das informações reportadas. Tais fatos descartam a alusão a uma possível epidemia do transtorno (Sun et al., 2019; Surén et al., 2019; Christensen et al., 2019).

Dados dos Estados Unidos, no ano 2000, indicaram que a prevalência do TEA era de um caso a cada 150 crianças de 08 anos (*Center for Disease Control and Prevention* [CDC], 2021). Em 2016, esse número aumentou para uma a cada 54 crianças e em 2018 ocorreu

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

mais um aumento de casos, contabilizando uma a cada 44 crianças. O número mais recente, contabilizado em 2022, relatou um caso em cada 31 crianças de 08 anos, o que significa 3,2% da população (Shaw et al., 2025). A incidência maior é no sexo masculino, sendo a proporção de quatro meninos para uma menina com TEA (Sun et al., 2019; Surén et al., 2019; Christensen et al., 2019).

Considerando o contexto brasileiro, a lei nº 13.861, promulgada em 18 de julho de 2019 propôs a obrigatoriedade dos censos populacionais do país de incluírem questões para compreender dados epidemiológicos e planejar políticas públicas a essa população (Brasil, 2019). O cumprimento dessa lei ocorreu em 2022, sendo identificadas 2,4 milhões de pessoas com TEA, o que corresponde a 1,2% da população brasileira. A taxa de prevalência foi maior entre os homens (1,5%) do que entre as mulheres (0,9%), o que representa 1,4 milhões de homens e 1,0 milhão de mulheres diagnosticadas com TEA por algum profissional da saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2025).

Conforme o último censo escolar da educação básica de 2024, divulgado pelo Ministério da Educação em parceria com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep, 2023), as matrículas de alunos com TEA na educação básica cresceram 44,4% entre 2023 e 2024, passando de 636.202 para 918.877 estudantes (Ministério da Educação, 2025). Na educação especial que atende estudantes com deficiência, TEA, altas habilidades ou superdotação houve um crescimento de 17,2% nas matrículas entre 2023 e 2024, passando de 1,8 milhões para 2,1 milhões de alunos. Considerando a faixa etária de 4 a 17 anos, observou-se um crescimento gradual na inclusão de estudantes com necessidades especiais em turmas regulares. O percentual subiu de 93,2% em 2020 para 95,7% em 2024. O ensino médio se sobressai como o com maior índice de alunos matriculados em classes comuns (Ministério da Educação, 2025).

A lei nº 12.764 pela Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA (Brasil, 2012) estabelece que a pessoa com TEA é considerada com deficiência para todos os efeitos legais (Brasil, 2012). Este documento reforça os direitos de tratamento por equipe multidisciplinar, diagnóstico e intervenção precoce, acesso aos serviços de assistência social oferecidos pelo Estado e garantia de entrada na escola como aluno de inclusão. O acesso à intervenção precoce auxilia no desenvolvimento da comunicação, adequação dos comportamentos e o desenvolvimento das habilidades sociais, possibilitando a interação e integração nos diferentes contextos, escolar, familiar e social (Mercado, 2022).

Entretanto, o TEA é um transtorno heterogêneo, o que pode dificultar o diagnóstico. Outro aspecto relevante nesse processo é a observação cuidadosa dos sintomas, incluindo aspectos clínicos, neurológicos e psiquiátricos, com o objetivo de realizar o diagnóstico diferencial e identificar possíveis condições associadas (Fonseca et al., 2024; Ministério da Saúde, 2021).

No Brasil, a terceira edição da caderneta da criança distribuída em 2022 concede informações sobre o TEA e outros transtornos do desenvolvimento. O Ministério da Saúde recomenda o uso do M-CHAT-R como instrumento de triagem de sintomas (Robins et al., 2009) preenchido a partir dos 18 meses da criança por profissionais da saúde junto aos pais. Ressalta-se que o questionário não fornece um diagnóstico, porém, pode auxiliar na detecção precoce e no encaminhamento para serviços especializados com equipe multiprofissional. Essa abordagem é fundamental para proporcionar um prognóstico favorável e propor um tratamento

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

em tempo hábil (Salgado et al., 2022).

As características do TEA podem ser observadas na primeira infância, embora possa haver diagnósticos tardios. O DSM-5-TR (APA, 2023) sugere que um diagnóstico precoce pode ocorrer entre 12 e 36 meses de idade da criança. Por outro lado, estudos indicam que a idade média para o diagnóstico de TEA varia significativamente entre países. Em nações como Estados Unidos e Portugal esse diagnóstico costuma ocorrer por volta dos 36 meses de idade. Já em países da América Latina, a média sobe para aproximadamente 46 meses (Montiel-Nava et al., 2024).

No Brasil, estudos indicam que o diagnóstico de TEA tem ocorrido de forma tardia, em relação aos países supracitados. Em uma pesquisa no sul do Brasil, com pacientes atendidos nos centros de Especialidades do Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná a idade média em que as crianças tiveram seu diagnóstico concluído foi de 5,84 anos para as meninas e 6,15 anos para os meninos. Nessa amostra de 167 prontuários pesquisados foram encontrados 50,9% casos do sexo feminino e 49,1% casos do sexo masculino diagnosticados com TEA (Peixoto et al., 2023).

Um estudo piloto realizado em São Paulo com uma amostra de 248 crianças, selecionadas por sorteio, que frequentavam os núcleos de atendimento dos CAPSIs, verificou que 80,2% das crianças eram do sexo masculino, com média de idade do diagnóstico de TEA aos 4,9 anos. O tempo médio entre a percepção dos pais e o diagnóstico foi de 2,7 anos. Ressaltou-se nessa pesquisa que os pais relataram mais sobre os sintomas das crianças quando as perguntas eram direcionadas por um profissional (Ribeiro, 2017), sugerindo que informações sobre o TEA devem ser mais bem divulgadas para conhecimento da população em geral.

Com o intuito de reduzir o tempo do diagnóstico e facilitar o acesso ao tratamento e aos benefícios para pessoas com deficiência, o projeto de lei nº 527/23 estabelece o prazo máximo de 90 dias para realização do diagnóstico de TEA, ainda que não conclusivo (Puppio, 2023). Portanto, é importante que os profissionais da saúde estejam capacitados para investigar sintomas de TEA nas crianças, a fim de acompanhar o seu desenvolvimento e possibilitar o diagnóstico precoce.

A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar o percurso desde a suspeita inicial (por familiares e/ou profissionais da saúde) até a conclusão do diagnóstico de TEA em crianças brasileiras, sob a perspectiva dos cuidadores (pais e mães). Como objetivos específicos buscou-se fazer um levantamento dos seguintes dados: (a) perfil sociodemográfico e de condições de saúde dos pais de crianças diagnosticadas com TEA, (b) identificação dos primeiros sinais de TEA e quem os percebeu, c) idade da criança ao receber o diagnóstico e tempo decorrido até sua conclusão, (d) avaliações, exames e profissionais envolvidos no diagnóstico, (e) tipo de serviço acessado (particular, plano de saúde ou Sistema Único de Saúde) e (f) perfil sociodemográfico, de saúde, do desenvolvimento funcional e terapias de intervenção precoce realizadas pela criança. Tinham-se como hipóteses que seria encontrado um perfil sociodemográfico heterogêneo dos pais e das crianças, além de semelhanças ao relatado na literatura, tais como prevalência de TEA no sexo masculino (APA, 2023). Ainda, esperava-se encontrar diagnóstico tardio (Peixoto et al., 2023; Ribeiro, 2017), atraso na fala como o primeiro sinal observado (Faria & Borba, 2024; Homercher, 2020; Xiao et al., 2023), exames auditivos sendo realizados como diagnóstico diferencial (Salgado et al., 2022), maior número de mães que deixaram de trabalhar para cuidar de seus filhos (Efstratopoulou et

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

al., 2022; Fadda & Cury, 2019; Portes & Vieira, 2022), problemas de saúde mental dos pais (Efstratopoulou et al., 2022) e pais que não realizam acompanhamento profissional (Bonfim et al., 2023).

Método

Delineamento

Foi realizada uma pesquisa de levantamento, utilizando uma descrição quantitativa sobre tendências de uma amostra da população. Buscou-se obter um padrão de respostas de forma descritiva, proporcionando um panorama abrangente sobre atitudes e opiniões da amostra (Shaughnessy et al., 2012).

Participantes

A amostra utilizada é não probabilística e de conveniência. Responderam à pesquisa 61 pais que autodeclararam que seus filhos apresentam diagnóstico de TEA, confirmado por profissional de saúde. Foram excluídos três casos, que os pais responderam que o filho apresentava apenas a suspeita diagnóstica ou estava em processo de investigação. Assim, foram analisados os dados de 58 pais e mães de crianças com diagnóstico de TEA.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A pesquisa foi conduzida de forma online e assíncrona. O recrutamento foi realizado por meio de convites enviados para escolas, perfis de redes sociais que abordassem como temática o TEA, além de clínicas que atendiam esse público. Este estudo faz parte de um projeto maior, em que cada participante recebia um link com um questionário e demais instrumentos que tinham uma duração aproximada de 40 minutos para responder a todas as perguntas. Para fins deste estudo, foram analisados os dados somente do questionário sociodemográfico para caracterização da amostra e da Escala de Funcionamento Adaptativo – EFA (Silva et al., 2025) para compreender o perfil das crianças com TEA.

Antes de iniciar a pesquisa, os participantes concordavam com o estudo por meio do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após aceitar a participação, mães ou pais respondiam uma entrevista estruturada, com perguntas em formato de múltipla escolha, desenvolvida pelas pesquisadoras. Os participantes responderam informações sociodemográficas, incluindo idade, gênero, renda, número de filhos e quantas pessoas residiam na casa. Além disso, foi solicitado que os cuidadores escolhessem um de seus filhos para responder às perguntas específicas sobre a criança que deveria já possuir diagnóstico de TEA, confirmado por um profissional.

O questionário também incluía perguntas sobre quem percebeu o atraso no desenvolvimento da criança, como foi feita a avaliação diagnóstica, qual foi o principal sinal de atraso percebido, a idade da criança quando os sinais de atraso foram notados e a idade em que o diagnóstico foi concluído. Adicionalmente, os pais responderam sobre o tipo de serviço acessado (Sistema Único de Saúde [SUS], particular ou convênio), qual profissional comunicou o diagnóstico, se o profissional foi cuidadoso/atencioso ao dar o diagnóstico, quais instrumentos foram utilizados, se havia comorbidades e se a criança foi submetida a algum

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

tipo de terapia ou intervenção precoce.

Posteriormente, as mães ou pais responderam a Escala de Funcionamento Adaptativo (EFA) (Silva et al., 2025), destinada a avaliar o comportamento e funcionalidade de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, para identificar áreas que os filhos precisam de suporte adicional. A EFA é subdividida em três domínios principais: prático, conceitual e social. O domínio prático examina habilidades de autonomia pessoal, como higiene, alimentação e vestuário em 24 itens. O domínio conceitual avalia capacidades cognitivas, incluindo comunicação, aprendizagem e resolução de problemas em 11 itens. Já o domínio social foca na qualidade das interações sociais, como relações interpessoais e participação em atividades sociais em 15 itens. As respostas são fornecidas em uma escala likert de três pontos, divididas em “Sim” (quando a criança realiza a atividade sem ajuda), “Só com ajuda” (quando precisa de ajuda para realizar a atividade), “Não” (quando a criança não realiza a atividade, mesmo com ajuda) e “Não sei”, caso o respondente não consiga selecionar uma das três opções disponíveis. A pontuação do teste pode variar de zero a 150 pontos, sendo os escores brutos, transformados em escores Z, considerando-se escores maiores ou iguais a -1,00 como dentro do esperado; entre -1,99 a -1,01, abaixo do esperado; menor ou igual a -2,00, muito abaixo do esperado para a idade da criança (Silva et al., 2025).

A análise da consistência interna da EFA mostrou domínios com alta confiabilidade. O alfa de Cronbach variou de 0,93 no domínio social a 0,98 no domínio geral do funcionamento adaptativo. A confiabilidade do composto ômega de McDonald também apresentou valores ótimos, variando de 0,94 a 0,99 (Selau et al., 2020). A versão final da EFA apresentou elevadas cargas fatoriais entre seus fatores que tiveram os seguintes valores: de 0,75 a 0,91 para o domínio social; 0,85 a 0,97 para o domínio prático; 0,91 a 0,99 para o domínio conceitual e 0,76 a 0,99 para o fator global (Selau et al., 2020; Silva et al., 2025).

Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os participantes deram o aceite do TCLE online, que explicava o objetivo geral da investigação, os procedimentos, assim como o caráter confidencial dos dados coletados. A identidade dos participantes e dos familiares foi preservada. O participante foi informado que este estudo seguiu as determinações da legislação vigente da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e está conforme a Resolução CNS Nº 510 de 2016 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, assim como respeitou todos os preceitos éticos do anonimato, da participação voluntária, da ciência dos objetivos de pesquisa, dos cuidados com a integridade física, psicológica e social dos participantes.

Análise de dados

Foram realizadas análises descritivas (média, desvio-padrão, porcentagem) das respostas dos participantes aos questionários aplicados, a fim de realizar um levantamento do perfil sociodemográfico das famílias, o tempo para conclusão do diagnóstico e descrição dos profissionais envolvidos com diagnóstico e tratamento. Por fim, verificou-se a frequência dos sinais percebidos de TEA, os atendimentos buscados a partir dos resultados, o tipo de serviço acessado e as pontuações na EFA, nos domínios conceitual, social, prático e total.

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Resultados

Quanto aos dados sociodemográficos e de condições de saúde de mães e pais, verificou-se que todos os respondentes eram brasileiros, com uma média de idade de 40,58 anos (*DP* = 5,31), sendo 56 adultos do sexo feminino (96,55%) e dois do sexo masculino (3,46%). Em relação à etnia, 53,44% dos participantes se autodeclararam brancos, 27,59% pardos, 12,07% pretos e 5,17% amarelos. Quanto ao estado civil, 60,34% eram casados, 18,97% solteiros, 10,34% em união estável, 1,72% divorciado, viúvo e namorando. Os participantes eram residentes de 14 estados brasileiros, sendo 60,34% provenientes do Rio de Janeiro, 12,06% de São Paulo, 5,17% de Minas Gerais, 5,17% do Paraná, e 1,72% em cada um dos seguintes estados: Goiás, Amazonas, Rondônia, Roraima, Sergipe, Pernambuco, Bahia, Pará, Paraíba e Rio Grande do Sul.

Na área de atuação profissional, 22,4% se autodeclararam como profissionais da saúde, 20,7% em outras atuações (Engenheiro, Fotógrafo, Ajudante de pedreiro, Assistente de biblioteca, Assistente administrativo, Produtora da área da cultura, Auxiliar comercial administrativa, Analista de projetos, do lar e Cabeleireira), 20,60% profissionais da educação, 12,1% funcionários públicos, 6,9% na área da comunicação social, 3,4% profissional da indústria, 3,4% advogados, 3,4% área comercial, 1,7% segurança pública, 1,7% militar do exército, 1,7% bancário e 1,7% profissional prestador de serviço.

Verificou-se que a maior parte da amostra tinha nível superior completo e incompleto. Quanto ao nível socioeconômico, o maior número da amostra recebia mais do que três salários-mínimos. A maioria dos participantes estava trabalhando, assim como residia com os seus filhos (Tabela 1). Dentre as pessoas que afirmaram estar desempregadas ou do lar (37,93%), verificou-se que a maioria (94,4%) informou que se afastou do trabalho para cuidar do(s) filho(s) com diagnóstico de TEA. Um responsável (5,6%) relatou não estar trabalhando por estar realizando acompanhamento psiquiátrico. Demais dados sociodemográficos da amostra são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos Pais de Crianças com TEA

Dados dos pais	n	%
Escolaridade		
Ensino médio completo (1ºgrau)	6	10,34
Ensino superior incompleto 2º grau)	13	22,41
Ensino superior completo (3º grau)	13	22,41
Pós-graduação	26	44,83
Grau de parentesco		
Mãe biológica	55	94,83
Pai biológico	2	3,45
Mãe adotiva	1	1,72
Pessoas com quem residem		
Mais uma pessoa	7	12,06
Mais duas pessoas	18	31,03
Mais três pessoas	16	27,58
Mais quatro pessoas	12	20,69
Mais cinco pessoas	5	8,62

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Dados dos pais	n	%
Grau de parentesco de quem reside na casa		
Filho (a)	56	96,55
Cônjuge	41	70,69
Pai ou mãe	7	12,07
Avós	2	3,45
Irmão	1	1,72
Sobrinho (a)	1	1,72
Primo (a)	1	1,72
Cunhado	1	1,72
Bisavó	1	1,72
Renda em salários-mínimos		
Menos de 1	1	1,72
Até 2	8	13,79
De 2 a 3	11	18,97
De 3 a 6	14	24,14
De 6 a 10	17	29,31
De 15 a 25	7	12,07
Ocupação		
Trabalhando	35	60,34
Estudando	13	22,41
Do lar	22	37,93

Nota. Dados de quem mora na residência e de ocupação somam mais que 100%, porque participantes marcavam mais de uma alternativa de resposta.

Em relação aos aspectos de saúde dos pais, 51,72% faziam uso de medicação, 34,48% faziam uso de alguma substância psicoativa, sendo estas álcool (24,14%), tabaco (8,62%), maconha (5,17%) e benzodiazepínicos (5,17%). Dos pais entrevistados, 46,55% afirmaram terem algum diagnóstico psiquiátrico, 34,48% apresentavam alguma doença crônica e 13,79% alguma doença neurológica. Diagnósticos específicos dos pais e tratamentos realizados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Dados das Condições de Saúde e Tratamentos Realizados pelos Pais de Crianças com TEA

Condições de saúde e tratamentos	n	%
Diagnósticos psiquiátricos		
Transtorno depressivo maior	8	13,79
Transtorno de ansiedade	18	31, 03
Esquizofrenia	1	1,72
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	5	5,17
Transtorno do Espectro Autista	4	6,89
Transtorno Obsessivo Compulsivo	2	3,44
Transtorno Bipolar	1	1,72
Doenças neurológicas		
Enxaqueca	8	13,79
Tremor essencial	1	0,6

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Condições de saúde e tratamentos	n	%
Doenças crônicas		
Asma	8	13,79
Hipertensão	11	18,27
Diabetes	3	5,17
Alteração na tireoide	2	3,45
Suporte terapêutico recebido		
Psicoterapia	22	37,93
Acompanhamento psiquiátrico	16	27,58
Acompanhamento neurológico	1	1,72
Grupo de pais	8	13,79
Conversa com amigos	18	31,03
Igreja	5	8,62
Sem suporte	19	32,76

Em relação ao processo diagnóstico das crianças (Tabela 3), verificou-se que na maioria dos casos a mãe foi quem percebeu os primeiros sinais de TEA entre 1 e 2 anos de idade do filho. Os sinais de atraso foram percebidos quando a criança tinha em média 2,19 anos (*DP* = 1,48). Contudo, o diagnóstico de TEA foi confirmado quando a criança apresentava em média 4,31 anos (*DP* =2,62), sendo a maioria das crianças diagnosticadas com 2 ou 3 anos, totalizando 48,27% da amostra, com idades variando de 1 a 12 anos (*M* = 4,31; *DP* = 2,62). Logo, em média, o tempo para conclusão do diagnóstico desde a idade em que se percebeu os sinais de atraso no desenvolvimento da criança, até o diagnóstico feito por um profissional levou em média 2,12 anos (*DP* = 2,10). Identificou-se que 50% das crianças foram diagnosticadas com TEA em até um ano. A minoria das crianças (10,34% da amostra) demorou cinco anos ou mais para receber o diagnóstico de TEA (Tabela 3).

O diagnóstico de TEA frequentemente foi realizado por mais de um profissional da saúde, sendo a avaliação neuropsicológica e a avaliação médica mais citadas pela amostra (Tabela 3). O profissional que comunicou o diagnóstico se deu nas seguintes especialidades: 65,51% neuropediatras, 8,62% psiquiatras infantis, 8,62% psicólogos, 5,17% neuropsicólogos, 3,44% pediatras, 3,44% fonoaudiólogas e 1,72% geneticista, psicóloga em conjunto com neuropediatra e equipe multiprofissional. Sobre o profissional ser cuidadoso e atencioso ao falar sobre o diagnóstico 91,37% dos pais responderam que sim, enquanto 8,62% dos pais disseram que não. Os serviços utilizados para o acompanhamento e diagnóstico da criança foram, respectivamente, 41,38% pelo plano de saúde, 37,93% particulares, 12,07% por reembolso do plano de saúde e 8,62% pelo SUS.

Tabela 3

Frequência de Quem Percebeu os Sinais de TEA, Idade dos Sintomas e do Diagnóstico

Dados das crianças com TEA	n	%
Quem percebeu os sinais de TEA		
Mãe	36	62,07
Pai	1	1,72
Ambos os pais	13	22,41
Escola	15	25,86
Avós	4	6,90

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Dados das crianças com TEA	n	%
Quem percebeu os sinais de TEA		
Pediatra	6	10,35
Irmã	2	3,45
Fonoaudióloga	1	1,72
Tias	3	5,17
Vizinha	1	1,72
Psicóloga e psicopedagoga	1	1,72
Primo	1	1,72
Primeiros sinais foram percebidos		
1 ano	22	37,93
2 anos	21	36,21
3 anos	7	12,07
4 anos	3	5,17
5 anos	2	3,45
6 anos	2	3,45
8 anos	1	1,72
Idade do diagnóstico de TEA		
1 ano	2	3,45
2 anos	14	24,13
3 anos	14	24,13
4 anos	7	12,70
5 anos	7	12,70
6 anos	4	6,89
7 anos	1	1,72
8 anos	4	6,90
9 anos	2	3,45
11 anos	2	3,45
12 anos	1	1,72
Tempo do diagnóstico de TEA		
Menos de um ano	13	22,41
1 ano	16	27,59
2 anos	10	17,24
3 anos	7	12,07
4 anos	4	6,90
5 anos	2	6,90
6 anos	1	1,72
7 anos	1	1,72
8 anos	1	1,72
9 anos	1	1,72
Avaliação para o diagnóstico		
Neuropsicológica	40	68,96
Médica	39	67,24
Psicológica	23	39,65
Multiprofissional	29	50,00
Fonoaudiológica	24	41,37
Genética	1	1,72
Terapia ocupacional	1	1,72
Exames auditivos	38	65,51
Exames visuais	33	56,89

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Segundo o relato dos pais, os primeiros sinais de TEA percebidos foram atraso na fala (31,03%), interesses fixos (13,79%), não responder quando chamado pelo nome (18,96%), falta de contato ocular (8,68%) e isolamento (8,68%). Em menor frequência (1,72%) foram observados os seguintes comportamentos: perda da fala, atraso global, atraso motor, agitação, agressividade, choro intenso, não responder aos comandos, não brincar com crianças da mesma idade, sensibilidade auditiva, irritabilidade, ecolalia, rigidez, agitação e desatenção.

Após a percepção dos sinais de atraso no desenvolvimento, 82,75% das crianças fizeram intervenção precoce. Sobre o tipo de intervenção precoce realizada 55,17% receberam tratamento em fonoaudiologia, 53,44% em psicologia, 20,69% em fisioterapia, 29,31% terapia ocupacional, 3,44% neuropediatria, 3,44% psicomotricidade, 3,44% psicopedagogia 1,72% nutrição, musicoterapia e atividade física.

Quanto ao perfil sociodemográfico e de condições de saúde atual da criança, os pais indicaram que a média de idade é de 7,53 anos (*DP* = 2,45). A maioria das crianças está realizando algum tipo de terapia (87,93%) e é verbal (81,03%). Demais dados das crianças com TEA, segundo o relato dos pais, são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Perfil Sociodemográfico e de Condições de Saúde das Crianças com TEA

Dados das crianças	n	%
Gênero		
Feminino	21	36,21
Masculino	37	63,79
Nível de suporte		
Nível 1 de suporte	31	53,45
Nível 2 de suporte	21	36,21
Nível 3 de suporte	6	10,34
Especificadores do diagnóstico		
Com comprometimento intelectual	11	18,97
Sem comprometimento intelectual	38	65,52
Com comprometimento da linguagem	29	50
Sem comprometimento da linguagem	14	24,14
Série escolar		
Não estuda	2	3,51
Educação infantil	16	28,07
Ensino Fundamental I	32	56,14
Ensino Fundamental II	5	8,77
Classe sem série específica	2	3,51
Tipo de escola que frequenta		
Regular pública	22	37,93
Regular privada	31	53,44
Não frequenta	3	5,71
Especial pública	2	3,45
Intervenções (no momento presente)		
Psicologia	48	82,76
Fonoaudiologia	35	60,34
Terapia ocupacional	39	67,24

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Dados das crianças	n	%
Intervenções (no momento presente)		
Psicomotricidade	29	50
Psicopedagogia	16	27,58
Equoterapia	1	1,72
Musicoterapia	1	1,72
Fisioterapia	3	5,17

Em resposta à EFA, verificou-se que as crianças e adolescentes com 6 a 15 anos com TEA da amostra apresentavam maior dificuldade nos domínios social e prático. Os resultados das crianças na EFA são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Frequência dos Domínios na Escala de Funcionamento Adaptativo (EFA)

Classificação EFA	Total (n = 41)	%
Domínio social		
Dentro do esperado	13	22,41
Abaixo do esperado	10	17,24
Muito abaixo do esperado	18	31,03
Domínio prático		
Dentro do esperado	13	22,41
Abaixo do esperado	9	15,52
Muito abaixo do esperado	19	32,76
Domínio conceitual		
Dentro do esperado	18	31,03
Abaixo do esperado	8	13,79
Muito abaixo do esperado	15	25,86
Total		
Dentro do esperado	14	24,14
Abaixo do esperado	9	15,52
Muito abaixo do esperado	18	31,03

Nota. Uma vez que havia 17 crianças com idades entre 4 e 5 anos, não foi possível classificar o nível de funcionamento pelas normas da EFA desses participantes.

Discussão

Este artigo teve como objetivo analisar o percurso do diagnóstico de TEA de crianças brasileiras a partir da perspectiva dos pais e mães. Ao investigar, inicialmente, o perfil sociodemográfico dos respondentes, verificou-se que a amostra é predominantemente feminina, de mães biológicas, de alta escolaridade e maior renda, o que pode ter sido enviesado pela coleta online. Este tipo de pesquisa pode favorecer indivíduos de áreas geográficas com maior acesso à internet e com disponibilidade para responder a questões de autorrelato (Lima et al., 2024).

Embora a maioria das mulheres da amostra declarou estar trabalhando, identificou-se que, dentre as mães desempregadas, a maior parte deixou de trabalhar par cuidar do filho.

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Tal dado corrobora estudos que demonstram que as mulheres ficam mais sobrecarregadas nos cuidados com os filhos com alguma deficiência e que muitas param de trabalhar para se dedicar à rotina de terapias e consultas (Efstratopoulou et al., 2022; Fadda & Cury, 2019; Portes & Vieira, 2022). Nesse sentido, é importante ressaltar a importância de ter uma rede de cuidados e ampliar políticas públicas para dar suporte às famílias, principalmente às mães de crianças com TEA.

Ainda em relação aos cuidadores, é importante destacar que muitos relataram apresentar diagnóstico de transtorno de ansiedade. Tal dado corrobora que o Brasil é um dos países que apresentam a maior incidência deste transtorno, sendo as mulheres as mais atingidas (Moitra et al., 2022; WHO, 2017). Além disso, tal fato pode ser decorrente das especificidades da dedicação ao filho com desenvolvimento atípico, considerando a alta demanda de atenção devido à rotina de tratamentos e preocupações com os cuidados da criança, o que também foi encontrado nos estudos de Carmo et al. (2023) e Bonfim et al. (2023). Sabe-se que a saúde mental dos pais pode influenciar na saúde mental dos filhos (Dubois et al., 2024; Hensel et al., 2022), destacando-se a importância de os serviços de saúde oferecerem atenção aos pais, assim como para as crianças. Na amostra do presente estudo, a maioria das famílias indicou receber algum suporte, isso pode ocorrer por tratar-se de adultos predominantemente de alta escolaridade e renda. Estudos futuros com pessoas de baixa escolaridade e renda são importantes para verificar se recebem algum suporte, sendo este um fator importante para auxiliar no tratamento do TEA.

Em relação aos dados das crianças com TEA, foi possível verificar uma amplitude entre a idade dos primeiros sinais de atraso no desenvolvimento e a idade de conclusão do diagnóstico, mesmo sendo uma amostra de alta escolaridade e renda, com acesso a recursos de saúde, o que demonstra a dificuldade de se concluir um diagnóstico de TEA no contexto brasileiro, confirmando uma das hipóteses deste estudo. Neste sentido, sugere-se que o perfil socioeconômico não interfere no tempo da avaliação. O diagnóstico tardio também pode evidenciar falhas nas políticas públicas de monitoramento. A demora no diagnóstico, associada à falta de suporte e psicoeducação, pode prejudicar o entendimento dos cuidadores sobre como manejar os sintomas e buscar os serviços adequados. Para famílias com menos recursos financeiros, essa latência é ainda mais crítica, pois a ausência de um diagnóstico comprovado impede o acesso formal a serviços de saúde pública e a benefícios sociais que auxiliam nos cuidados da criança.

A demora para o diagnóstico de TEA pode ser visto em outros estudos com perfis socioeconômicos diversos (Peixoto et al., 2023; Ribeiro, 2017). As dificuldades para concluir o diagnóstico de TEA podem estar relacionadas à carência de capacitação dos profissionais de saúde, à disponibilização de serviços especializados ou à falta de métodos mais precisos e eficazes. A singularidade de cada caso de TEA também dificulta o diagnóstico precoce e impacta de forma negativa a intervenção, desenvolvimento e qualidade de vida dos pacientes (Mascotti et al., 2019).

Mesmo sem a conclusão do diagnóstico é importante que a criança com suspeita de TEA passe por uma avaliação multidisciplinar e tenha acesso às intervenções que auxiliem nas habilidades necessárias para o seu desenvolvimento. Tal fato é reivindicado no projeto de lei nº 527/23 que define o prazo máximo de 90 dias para o estabelecimento do diagnóstico de pessoas com TEA, mesmo sem caráter definitivo (Puppio, 2023.) Tal resolução visa garantir o

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

acesso ao tratamento, pois sabe-se que no sistema público de saúde brasileiro os tempos de marcação de consultas são demorados, o que inviabiliza o acesso à intervenção precoce durante a espera da conclusão diagnóstica. Na amostra do presente estudo, os pais acessaram principalmente serviços particulares e plano de saúde para avaliar o possível diagnóstico de TEA dos filhos, tendo a minoria recorrido ao SUS, o que não é representativo da população brasileira. Isso pode ter ocorrido porque a amostra é formada majoritariamente por famílias com renda superior a 3 ou 6 salários-mínimos. Sendo assim, verifica-se a importância de se investir em políticas públicas para proporcionar o amplo acesso ao diagnóstico e tratamento do TEA, principalmente em famílias com menores recursos financeiros para acessar serviços de saúde.

Outro ponto destacado no projeto de lei nº 527/23 são os convênios com instituições particulares que possam oferecer um tratamento mais completo. Deste modo, a equipe multiprofissional é importante para verificar as necessidades da criança e planejar estratégias terapêuticas que possibilitem a sua evolução. A intervenção precoce faz-se relevante devido à neuroplasticidade, que diz respeito à capacidade do cérebro de se organizar e adequar-se às alterações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo e decorrentes dos estímulos do ambiente. Nos anos iniciais da criança o cérebro está em constante evolução e rapidez, possibilitando diversas conexões neuronais responsáveis pelas áreas da linguagem, psicomotoras e sociais (Mercado, 2022; De Marco et al., 2021). Portanto, intervenções precoces são importantes para ajudar a criança a desenvolver habilidades em seus âmbitos educacional, social e demais área da vida (Salgado et al., 2022).

As mães e a escola foram as que mais observaram os sinais de atraso no desenvolvimento da criança. Os primeiros sinais de atraso no desenvolvimento observados pelos participantes da presente amostra foram a fala, o que também apareceu em outras pesquisas (Faria & Borba, 2024; Homercher, 2020; Xiao et al., 2023). Neste sentido, ressalta-se a importância das políticas públicas de acesso às informações sobre os marcos do desenvolvimento, tal como os disponíveis na carteira de vacinação (Salgado et al., 2022). Além disso, a capacitação e atualização para a área da saúde e educação também são importantes, tendo em vista que estes profissionais estão na linha de frente em relação aos cuidados iniciais com essas crianças (Bonfim et al., 2023; Moraes et al., 2022).

Quanto ao perfil das crianças, identificou-se que a maioria é do sexo masculino, o que corrobora outros estudos (Christensen et al., 2019; Portes & Vieira, 2022; Surén et al., 2019) e a maior prevalência de TEA em meninos (APA, 2023). Esses dados se diferenciam do estudo de Peixoto et al. (2023) que encontrou mais meninas com TEA nos CAPSis de São Paulo. Por outro lado, o diagnóstico de TEA em meninas pode ser subnotificado devido à tendência que elas têm de mascarar os sintomas, o que pode influenciar um diagnóstico mais tardio (Freire & Cardoso, 2022).

Ainda quanto ao perfil das crianças, identificou-se que a maioria apresenta o nível de suporte pouco substancial ou substancial; são verbais e pertencentes aos níveis de suporte 1 e 2. Esses resultados podem ser atribuídos ao acompanhamento multiprofissional precoce e às intervenções em andamento que estão contribuindo para a independência das crianças. Na literatura, é recorrente que a intervenção precoce propicie um bom prognóstico, o que pode ocorrer pelo período de maior plasticidade cerebral, conforme já mencionado anteriormente (Mercado, 2022; De Marco, 2021).

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

Embora a maioria das crianças da amostra apresente TEA com níveis 1 e 2 de suporte, observa-se que grande parte delas apresenta prejuízos na linguagem, sem deficiência intelectual, conforme também indicado nos dados da EFA (Selau et al., 2020; Silva et al., 2025). Nessa escala, foi possível observar que a maior dificuldade das crianças se encontra no domínio prático, que se refere à capacidade de aprender e gerenciar a si mesmas em todas as situações da vida, como evidenciado pelos cuidados pessoais, responsabilidades acadêmicas ou profissionais, gestão financeira, lazer e autocontrole comportamental. É possível que as terapias realizadas pelas crianças estejam focando nos principais sintomas do TEA que dizem respeito a déficits na interação social, comunicação, padrões repetitivos e restritivos (APA, 2023).

Dessa forma, diversas atividades que requerem planejamento, flexibilidade mental e comunicação podem não estar sendo cumpridas. Além de déficits no domínio prático, os pais indicaram que as crianças com TEA apresentam prejuízo na interação social nos escores da EFA. Esse dado está de acordo com dificuldades na linguagem não verbal (como uso de gestos), na flexibilidade linguística (mudar o tópico do assunto e adaptar a fala em diversos contextos), ecolalia, inversão pronominal, além de dificuldade de compreender linguagem figurada presente em pacientes com TEA (APA, 2023). Desse modo, a dificuldade na comunicação pode intensificar os prejuízos na interação social em diversos ambientes, como na escola.

Verificou-se que a maioria das crianças está em escola regular, o que está de acordo com as políticas de inclusão vigentes (1990 – Lei nº 8.069, PNE, 2014) e a Lei nº 12.764 (Brasil, 2012). Essas políticas visam promover o direito de pessoas com TEA, incentivando ambientes inclusivos e favorecendo o desenvolvimento social. Ter o diagnóstico e estar na escola possibilitam os direitos assegurados para a criança e proporcionam equidade, além de amplas maneiras de aprendizado.

Conclusão

Este estudo analisou o percurso diagnóstico de crianças com TEA, a partir do relato de pais e mães. De modo geral, encontrou-se que a maioria das hipóteses elaboradas foi confirmada, havendo maior prevalência de TEA no sexo masculino, sendo o atraso na fala como o primeiro sinal observado. Nesta amostra, de alta escolaridade e renda, o diagnóstico foi concluído rapidamente por atendimento particular e planos de saúde, sendo a avaliação neuropsicológica e os exames auditivos realizados como diagnóstico diferencial. Portanto, ressalta-se a importância do acesso universal a esses exames para além dos atendimentos particulares, ou seja, pelos planos de saúde e pelo SUS.

As mães e professores foram os que primeiro perceberam os sinais de TEA nas crianças, reforçando a importância de difundir o conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento e os sinais de atraso, o que possibilitaria que as crianças tenham acesso ao tratamento precoce e com isso, tenham um melhor prognóstico. Independente dos níveis de suporte associados ao TEA, as intervenções são fundamentais para auxiliar nas dificuldades que as crianças podem enfrentar nos domínios prático e social. Embora a percepção dos sinais tenha ocorrido antes dos dois anos de idade o diagnóstico foi concluído, em média, apenas dois anos após, o que confirma as dificuldades ainda presentes no acesso ao processo diag-

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

nóstico no Brasil.

Quanto às características dos pais, verificou-se que muitos apresentam diagnóstico de ansiedade. Contudo, seria importante analisar em que momento estes sintomas iniciaram, sendo um diagnóstico prévio ou decorrente de adversidades da parentalidade, a fim de relacionar com as possíveis demandas de cuidado com o filho. Os dados refutados, constaram que a maioria dos pais era profissionalmente ativos, em contraposição ao que tem sido relatado em pesquisas da área. Entretanto, a maioria dos pais deixou o trabalho devido à demanda de cuidados com os filhos. Ressalta-se também que a maior parte dos cuidadores recebe algum tipo de suporte, porém, este dado foi obtido de forma ampla, incluindo desde atendimento profissional, até conversa com amigos, podendo ter influenciado nos resultados, sobre a qualidade desse nível de assistência. Assim, verifica-se que políticas públicas devem incluir a família das crianças com TEA, uma vez que os pais também necessitam de suporte para manterem seus cuidados em saúde mental.

Logo, conclui-se que o investimento governamental em políticas públicas que possibilitem o acesso ao diagnóstico e tratamento do TEA é fundamental para o desenvolvimento das crianças. A visibilidade do TEA possibilita que as pessoas estejam mais conscientes sobre o transtorno, que a neurodiversidade seja algo mais difundido e que as políticas de inclusão possam ser efetivamente implementadas.

Limitações do estudo

Embora os dados apresentados sejam relevantes, o presente estudo apresenta algumas limitações. Destaca-se a composição da amostra reduzida que, embora também intencionada como heterogênea, foi majoritariamente constituída por cuidadores de alta escolaridade e renda, principalmente da região sudeste do Brasil. Destaca-se uma dificuldade de coleta de dados em usuários predominantes da rede de atendimento do SUS. Esta limitação pode ter ocorrido devido ao método adotado para coleta de dados, que utilizou um questionário de autorrelato aplicado pela internet. O uso de um questionário online pode ter dificultado a obtenção de dados de cuidadores de baixa escolaridade, os quais podem apresentar dificuldades tanto no acesso à internet quanto no uso de dispositivos móveis ou computadores, assim como para responder a pesquisa por meio de redes sociais.

Ademais, o uso do questionário de autorrelato pode ter resultado em dificuldades na compreensão das perguntas, levando a respostas incompletas por parte dos cuidadores. Somam-se a isso o potencial viés de memória dos participantes, referente às lembranças sobre seus filhos e o viés de desejabilidade social, o que pode ter levado a respostas imprecisas.

Estudos futuros

Para estudos futuros, espera-se que sejam aprofundadas as investigações sobre as trajetórias diagnósticas de crianças com TEA em diferentes regiões do Brasil, considerando as desigualdades socioeconômicas e as políticas locais de saúde. Também é relevante explorar diferenças no acesso a serviços de atendimento especializados para TEA e Transtornos do Neurodesenvolvimento no SUS, na rede particular e em convênios, especialmente no que se refere à disponibilidade de serviços qualificados e ao acesso a diagnóstico e intervenção precoce com profissionais de equipe multidisciplinar. Além disso, é fundamental analisar o im-

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS

pacto do tempo até o diagnóstico no desenvolvimento infantil e no funcionamento adaptativo, com ênfase na aquisição da linguagem, autonomia, socialização e acesso a intervenções.

Por fim, recomenda-se a realização de estudos que abordem diferenças entre grupos de cuidadores de crianças com e sem diagnóstico de TEA, considerando estudos longitudinais que acompanhem as famílias ao longo do tempo. Desse modo, pode-se compreender as mudanças nas percepções sobre o transtorno, as estratégias de enfrentamento adotadas e os efeitos do suporte institucional sobre o bem-estar familiar.

Referências

American Psychiatric Association [APA]. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5-TR*. Editora Artmed.

Apte, M., & Kumar, A. (2023). Correlation of mutated gene and signalling pathways in ASD. *IBRO Neuroscience Reports*, *14*, 384–392. https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2023.03.011

Bölte, S., Girdler, S., & Marschik, P. B. (2019). The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder. *Cellular and Molecular Life Sciences, 76*, 1275–1297. https://doi.org/10.1007/s00018-018-2988-4

Bonfim, T. de A., Giacon-Arruda, B. C. C., Galera, S. A. F., Teston, E. F., Nascimento, F. G. P. D., & Marcheti, M. A. (2023). Assistance to families of children with Autism Spectrum Disorders: Perceptions of the multiprofessional team. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 31*, e3780. https://doi.org/10.1590/1518-8345.5694.3780

Brasil. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. (2012). *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2012. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

Brasil. (2019). *Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019*. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13861.htm

Carmo, I. C. P. do, Santos, M. F. R. dos, Moço, C. M. N., & Resgala Junior, R. M. (2023). Incidência de Pensamentos Ansiosos nos Pais de Crianças Autistas no Munícipio de Porciúncula-RJ. Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação, 9(8), 2737–2757. https://doi.org/10.51891/rease.v9i8.11085

Center of Disease Control and Prevention. (2021). *Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder*. https://www.cdc.gov/mmwr/

Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A review of worldwide prevalence estimates since 2014. *Brain Sciences, 10*(5), 274. https://doi.org/10.3390/brainsci10050274

Christensen, D. L., Maenner, M. J., Bilder, D., Constantino, J. N., Daniels, J., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Kurzius-Spencer, M., Pettygrove, S. D., Robinson, C., Shenouda, J., White, T., Zahorodny, W., Pazol, K., & Dietz, P. (2019). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years – early autism and developmental disabilities monitoring network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C.: 2002)*, *68*(2), 1–19. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6802a1

Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012:

Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

De Marco, R. L., Daniel, M. B. N., Calvo, E. N., & Araldi, B. L. (2021). Chá e neuroplasticidade: Identificação e intervenção precoce / TEA e neuroplasticidade: Identificação e intervenção precoce. *Revista Brasileira de Desenvolvimento, 7*(11), 104534–104552. https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-193

Dubois, A.-C., Roberti-Lintermans, M., Mallien, Z., François, A., Lahaye, M., De Mol, J., & Aujoulat, I. (2024). How do exhausted parents experience their interactions with their children? A qualitative and participative study. *Frontiers in Public Health, 12*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1340748

Efstratopoulou, M., Sofologi, M., Giannoglou, S., & Bonti, E. (2022). Parental stress and children's self-regulation problems in families with children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Intelligence, 10*(1), 4. https://doi.org/10.3390/jintelligence10010004

Fadda, G. M., & Cury, V. E. (2019). A Experiência de mães e pais no relacionamento com o filho diagnosticado com autismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 35*(spe), e35nspe2. https://doi.org/10.1590/0102.3772E35NSPE2

Faria, M. E. V., & Borba, M. G. S. (2024). Autismo: Sinais, níveis de suporte e diagnóstico – Uma revisão sistemática de estudos recentes. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 10*(6), 4100–4112. https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.14706

Freire, M. G., & Cardoso, H. S. P. (2022). Diagnóstico do autismo em meninas: Revisão sistemática. *Revista Psicopedagogia*, *39*(120), 435–444. https://doi.org/10.51207/2179-4057.20220033

Fonseca, F. S., Muniz, M. V. S., Oliveira, C. V. N. de, Silva, T. C. V. da, & Santos, W. P. dos. (2024). Uma prova de conceito para o diagnóstico diferencial do transtorno do espectro autista usando aprendizado de máquina. *Gestão.Org – Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, 22, e263456. https://doi.org/10.51359/1679-1827.2024.263456

Hensel, B. P., Garcia, M. E., Coltro, B. P., Paraventi, L., & Vieira, M. L. (2022). Relações entre parentalidade e saúde mental de mães brasileiras. *Contextos Clínicos, 15*(2), 1–14. https://doi.org/10.4013/ctc.2022.152.06

Homercher, B. M., Peres, L. S., Arruda, L. F. S., & Smeha, L. N. (2020). Observação materna: Primeiros sinais do Transtorno do Espectro Autista Maternal. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *20*(2), 540–558. https://doi.org/10.12957/epp.2020.52585

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2025). *Censo Demográfico 2022: Pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista – Resultados preliminares da amostra*. IBGE. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102178.pdf

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anisio Teixeira – INEP (2023, 19 de Maio). *Divulgado resultado da 2ª etapa do Censo Escolar 2022*. https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/censo-escolar/divulgado-resultado-da-2a-etapa-do-censo-escolar-2022

Lima, D. F., Ferreto, L. E. D., Bertolini, G. R. F. B., Souza, D. C., & Sampaio, A. A. (2024).

Comunicação digital na pesquisa científica: Potencialidades, polêmicas e desafios no processo de consentimento. *Revista Iberoamericana de Bioética, 25*, 01–13. https://doi.org/10.14422/rib.i25.y2024.004

Mascotti, Thais De Souza, Barbosa, Milena de Lima, Mozela, Larissa de Oliveira, & Campos, Érico Bruno Viana. (2019). Estudos brasileiros em intervenção com indivíduos com transtorno do espectro autista: revisão sistemática. Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia, 12(1), 107-124. https://doi.org/10.36298/gerais2019120109

Mercado, W. I. (2022). ASD – Early diagnosis with reflections on the quality of life of the child and family. *Research, Society and Development*, *11*(15), e544111537482. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37482

Ministério da Educação. (2025, 2 abril). Crescem matrículas de alunos com transtorno do espectro autista. Portal MEC. https://www.gov.br/mecpt-br/pt-br/assuntos/noticias/2025/abril/crescem-matriculas-de-alunos-com-transtorno-do-espectro-autista

Ministério da Saúde. (2021). *Definição: Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança*. Linhas de Cuidado. https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/definicao-tea/

Moitra, M., Santomauro, D., Collins, P. Y., Vos, T., Whiteford, H., Saxena, S., & Ferrari, A. J. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Medicine, 19*(2), e1003901. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901

Montiel-Nava, C., Montenegro, M. C., Ramirez, A. C., Valdez, D., Rosoli, A., Garcia, R., Garrido, G., Cukier, S., Rattazzi, A., & Paula, C. S. (2024). Age of autism diagnosis in Latin American and Caribbean countries. *Autism: The international journal of research and practice*, *28*(1), 58–72. https://doi.org/10.1177/13623613221147345

Moraes, G. T. G., Nascimento, L. R., & Tamarozzi, G. A. (2022). Marcos do desenvolvimento infantil e sua relação com o diagnóstico precoce de transtorno de espectro autista. *Humanidades & Inovação, 9*(24). https://orcid.org/0000-0002-6980-706X

Peixoto, G. Q., Silveira, J. E. M., Caporrino, R. S., Hübel, R., & De Oliveira, T. A. (2023). Avaliação do perfil de pacientes atendidos com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista nos centros de especialidades do consórcio metropolitano de saúde do Paraná. *Revista Foco, 16*(11), e3356. https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-035

Portes, J. R. M., & Vieira, M. L. (2022). Percepção parental sobre o filho com autismo: As repercussões na adaptação familiar. *Psicologia em Pesquisa*, *16*(2), 1–23. https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.32614

Puppio, A. (2023) Projeto *de Lei N.º 527, de 2023*. Altera o artigo 3º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, para estabelecer prazo máximo para realização de diagnóstico, mesmo que não definitivo, das pessoas com transtorno do espectro autista e dá outras providências. https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2265916&filename=Avulso%20PL%20527/2023

Ribeiro, S. H. B. (2017). *Diagnóstico de autismo: O caminho percorrido pelos pais desde as primeiras preocupações até o diagnóstico final* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil]. http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/50079

Robins, D. L., Fein, D., & Barton, M. (2009*). Modified checklist for autism in toddlers, revised, with follow-up (M-CHAT-R/F)*. LineageN.

Salgado, N. D. M., Pantoja, J. C., Viana, R. P. F., & Pereira, R. G. V. (2022). Transtorno do Espectro Autista em crianças: Uma revisão sistemática sobre o aumento da incidência e diagnóstico. *Research, Society and Development, 11*(13), e512111335748. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35748

Selau, T., Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). Evidence of validity and reliability of the adaptive functioning scale for intellectual disability (EFA-DI). *Psicologia: Reflexão e Crítica, 33*(26). https://doi.org/10.1186/s41155-020-00164-7

Silva, M. A., Selau, T., & Bandeira, D. R. (2025). *EFA – Escala de Funcionamento Adaptativo.* Editora Vetor.

Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., Valencia-Prado, M., Durkin, M. S., Howerton, E. M., Ladd-Acosta, C. M., Pas, E. T., Bakian, A. V., Bartholomew, P., Nieves-Muñoz, N., Sidwell, K., Alford, A., Bilder, D. A., DiRienzo, M., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hudson, A. E., Pokoski, O. M., … Maenner, M. J. (2025). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022. *MMWR Surveillance Summaries, 74*(2), 1–22. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1

Sun, X., Allison, C., Wei, L., Matthews, F. E., Auyeung, B., Wu, Y. Y., Griffiths, S., Zhang, J., Baron-Cohen, S., & Brayne, C. (2019). Autism prevalence in China is comparable to Western prevalence. *Molecular Autism 10*(7). https://doi.org/10.1186/s13229-018-0246-0.

Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa em Psicologia* (9ª ed.). Editora Penso.

Surén, P., Havdahl, A., Øyen, A.-S., Schjølberg, S., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Bakken, I. J. L., & Stoltenberg, C**.** (2019). Diagnosing autism spectrum disorder among children in Norway. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke, 139*(14). https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0960

World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. WHO. Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO. https://www.who.int/publications

World Health Organization (WHO) (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1

Xiao, Y., Wen, T. H., Kupis, L., Eyler, L. T., Taluja, V., Troxel, J., Goel, D., Lombardo, M. V., Pierce, & Courchesne, E. (2023). Atypical functional connectivity of temporal cortex with precuneus and visual regions may be an early-age signature of ASD. *Molecular Autism, 11*. https://doi.org/10.1186/s13229-023-00079-2

Sobre os autores:

Beatriz Soares de Araujo Ferreira [*autora para contato*]: Doutora e mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Pós-graduada em Saúde Mental pela ENSP- Fiocruz. Membro do Laboratório Interdisciplinar de Neurodesenvolvimento e Saúde

(LabINS), departamento de Psicologia da PUC-Rio. **E-mail:** beatrizsaferreira@gmail.com, **Orcid:** https://orcid.org/0009-0000-4586-5807

Carolina Aguiar de Oliveira: Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Membro do Laboratório Interdisciplinar de Neurodesenvolvimento e Saúde (LabINS), departamento de Psicologia PUC-Rio. **E-mail:** carolinaaguiaro@outlook.com, **Orcid:** https://orcid.org/0000-0003-0284-9721

Ana Beatriz Pessoa Calderaro: Discente de Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio), membro do Laboratório Interdisciplinar de Neurodesenvolvimento e Saúde (LabINS), Departamento de Psicologia da PUC-Rio. **E-mail:** biapcalderarotrabalhos@gmail.com, **Orcid:** https://orcid.org/0009-0002-9161-3429

Jaqueline de Carvalho Rodrigues: Doutora e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-doutorado no Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Neurodesenvolvimento e Saúde (LabINS). **E-mail:** jaquecarvalhorodrigues@gmail.com, **Orcid:** https://orcid.org/0000-0001-9947-4705

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Editor-chefe: Rodrigo Lopes Miranda
Editor de seção responsável pelo artigo: Rodrigo Lopes Miranda
Avaliadores: Cintia Nishikawa e Patrícia Martins de Freitas

Recebido em: 18/02/2025
Última revisão: 12/11/2025
Aceite final: 12/11/2025

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS