



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ISABELLA ABREU CORDEIRO

**O IMPACTO PSICOSSOCIAL DO DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PARA A FAMÍLIA:
CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA**

Salvador

2024

ISABELLA ABREU CORDEIRO

**O IMPACTO PSICOSSOCIAL DO DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PARA A FAMÍLIA:
CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública, como requisito parcial para obtenção
do grau de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Me. Maria Ivana Amado
Chaves Guerra

Salvador
2024

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por déficits nas áreas de comunicação, interação social e reciprocidade relacional, conforme estabelecido no DSM-5. Esse transtorno do neurodesenvolvimento exige intervenções multidisciplinares, destacando-se a importância da participação ativa da família no processo terapêutico. A família, como principal núcleo de desenvolvimento biopsicossocial da criança, enfrenta novos desafios e responsabilidades após o diagnóstico do TEA. Este diagnóstico demanda adaptações na dinâmica familiar e nas práticas de cuidado. A terapia estrutural, baseada nos princípios de Minuchin, enfoca a reorganização das dinâmicas familiares, promovendo uma melhor compreensão dos papéis e vínculos dentro do sistema familiar, o que pode ser particularmente útil para famílias com crianças diagnosticadas com TEA, dada a necessidade de ajustes contínuos nas relações familiares. O objetivo geral deste trabalho foi compreender os impactos psicossociais do diagnóstico do TEA sobre os pais e identificar as contribuições da Terapia Familiar Estrutural para o enfrentamento das dificuldades familiares. A metodologia adotada foi uma revisão narrativa da literatura, com a seleção de artigos científicos da base de dados Scielo, utilizando o descritor “crianças autistas”. Inicialmente, foram localizados 60 artigos, dos quais 39 foram selecionados e analisados. Os resultados sugerem que a Terapia Familiar Sistêmica Estrutural ofereceu um modelo eficaz para o suporte às famílias, promovendo a adaptação das relações familiares e o desenvolvimento de estratégias eficientes de enfrentamento das dificuldades com o TEA.

Palavras-Chave: Autismo; Crianças Autistas, Terapia Familiar, Relações familiares; Fatores socioculturais.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by deficits in communication, social interaction, and relational reciprocity, as outlined in the DSM-5. This neurodevelopmental disorder requires multidisciplinary interventions, emphasizing the crucial role of active family participation in the therapeutic process. The family, as the primary nucleus of a child's biopsychosocial development, faces new challenges and responsibilities following an ASD diagnosis. This diagnosis necessitates adaptations in family dynamics and caregiving practices. Structural therapy, based on Minuchin's principles, focuses on reorganizing family dynamics, promoting a better understanding of roles and relationships within the family system. This approach is particularly beneficial for families with children diagnosed with ASD, given the ongoing adjustments required in familial relationships.

The primary objective of this study was to understand the psychosocial impacts of an ASD diagnosis on parents and identify the contributions of Structural Family Therapy in addressing familial challenges. The methodology adopted was a narrative literature review, selecting scientific articles from the SciELO database using the descriptor "autistic children." Initially, 60 articles were identified, of which 39 were selected and analyzed. The findings suggest that Structural Family Therapy provides an effective model for supporting families, fostering the adaptation of familial relationships, and developing efficient strategies to address the challenges associated with ASD.

Keywords: Autism; Autistic Children; Family Therapy; Family Relations; Sociocultural Factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Definição e característica do Autismo	6
1.2 Tratamento do TEA	8
1.3 Conceito de família e fases do ciclo vital familiar	10
1.4 Terapia Familiar Sistêmica e a Abordagem Estrutural	11
2 MÉTODO	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
3.1 O processo do diagnóstico de TEA para os pais	13
3.2 Impactos psicossociais do diagnóstico de TEA para família	16
3.3 Contribuições da Terapia Familiar Estrutural para lidar com os impactos psicossociais do TEA	21
3.4 Estratégias de enfrentamento do TEA para a família	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

1. Definição e característica do Autismo

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o transtorno do espectro autista é caracterizado por déficits constantes na comunicação, na interação social em diversos contextos, incluindo na reciprocidade relacional e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além disso, o diagnóstico do transtorno autista identifica padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Vale ressaltar que os sintomas mudam ao longo do desenvolvimento infantil, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, pois os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base nas informações passadas do indivíduo, embora sua condição atual demonstre causar prejuízo significativo (DSM-5, 2014).

Ao longo da passagem sócio-histórica, o autismo apresentou diversas etiologias e definições. O psiquiatra austríaco Leo Kanner (1943), atribuiu o autismo como um distúrbio do contato afetivo, que apresenta o isolamento social como consequência deste. Durante as décadas de 1970 e 1980, os pesquisadores trouxeram outras perspectivas, entendendo o autismo como um déficit cognitivo e se afastaram da concepção inicial de Kanner. Em 1990, retornando a Kanner, os pesquisadores enfatizaram novamente os prejuízos sociais decorrentes do distúrbio. Dessa forma, a abordagem desenvolvimentista seguiu a perspectiva que sugere que o desenvolvimento típico é resultado da interação entre as capacidades biológicas inatas para o engajamento social, presentes nos bebês humanos e as experiências sociais subsequentes. No caso de bebês diagnosticados como autistas, os prejuízos biológicos primários afetam essas capacidades inatas, prejudicando suas interações sociais desde cedo.

Como consequência, esses bebês desenvolvem déficits secundários característicos do autismo, que resultam nas dificuldades iniciais em se engajar socialmente (Lamparina, 2007).

Segundo o Jornal Americano de Medicina Genética (2015, citado por Pinto, Torquato, Collet, Reicher, Neto & Saraiva, 2016), estimou-se a prevalência mundial do TEA em uma escala em torno de 70 casos para 10.000 habitantes, sendo quatro vezes mais frequente no sexo masculino. Enquanto no Brasil, constatou-se que os índices de acometimentos pelo autismo são de 27,2 para cada 10.000 habitantes. Dessa forma, pode-se hipotetizar que o aumento do número de casos é em decorrência de maior incidência de pesquisas, critérios de diagnósticos, profissionais e espaços especializados.

A característica principal dos indivíduos portadores de Transtorno do Espectro Autista (TEA) consistiu na dificuldade na comunicação social (Associação de Psiquiatria Americana, 2013, citado por Costa & Souza, 2020). Ao analisar os critérios sintomatológicos, considerou-se três elementos para sugerir o quadro de autismo: as deficiências qualitativas na comunicação verbal ou não verbal, a interatividade social e a restrição no ciclo de atividades e interesses (Pinto, Torquato, Collet, Reichert, Neto & Saraiva, 2016). Acrescentaram-se as comorbidades associadas pelo diagnóstico, como o comprometimento intelectual e/ou da linguagem, déficits motores, a exemplo da marcha atípica, da falta de coordenação e da catatonia. Outrossim, a hipersensibilidade aos fatores ambientais como a luz, a temperatura e texturas. Por fim, os comportamentos disruptivos ou desafiadores e deficiência intelectual (DSM-5, 2014).

No protocolo do diagnóstico, os sintomas do transtorno do espectro autista costumam se manifestar a partir do primeiro ano de vida, porém sendo mais comum no período de 12 a 24 meses, no qual se identifica atraso em suas habilidades sociais e linguísticas. As características comportamentais do espectro autista têm sido evidenciadas mais na primeira infância, principalmente na falta de interesses das relações sociais (DSM-5, 2014).

1.2 Tratamento do TEA

No tratamento do TEA é requerido que o indivíduo esteja sendo assistido por uma equipe multiprofissional, pois a condição deste transtorno favorece a convivência com múltiplas comorbidades, que tendem a limitar a qualidade de vida do sujeito. Deste modo, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde com a família da criança com autismo para proporcionar o compartilhamento dos questionamentos, angústias e necessidades dos familiares, que se originam a partir do diagnóstico (Pinto, et al., 2016).

No desenvolvimento infantil do TEA, estas crianças possuem falhas precoces na sensibilidade e responsividade do afeto dos seus cuidadores, possuindo uma carência na expressão de suas próprias emoções, ocasionando em déficits severos em relacionamento social (Hobson, 2002). Sendo assim, essas intervenções procuram investir no desenvolvimento da conexão afetiva das crianças com autismo (Klinger & Dawson, 1992; Prizant et al., 2003, citado por Correia & Lampreia, 2012).

De acordo com Prizant, Dawson e Klinger (2003 citado por Correia & Lampreia, 2012), os principais programas de intervenção precoce de base desenvolvimentista são:

SECRETS e DIR. O programa SECRETS (Comunicação Social-Emocional Regulação-Suporte Transacional) é aplicado com crianças a partir dos 18 meses de idade e com um planejamento altamente individualizado, que incluiu a avaliação do nível de desenvolvimento da criança. O programa analisou os diversos contextos na evolução do fomento global da criança autista, tendo ênfase na atenção compartilhada, no uso de sistemas simbólicos, a identificação das alterações sensoriais, que podem atrapalhar no foco da sua atenção para as interações e suporte adequado à família (Prizant et al., 2003 citado por Correia & Lampreia, 2012). Por outro lado, o programa DIR (Desenvolvimento diferencial-individual, relacional baseado no modelo de programa de intervenção) é caracterizado como um programa de intervenção baseado no relacionamento e na individualidade da criança atendida. Além disso, este programa tem por objetivo retomar o desenvolvimento saudável da criança autista através do fomento das interações afetivas que a capacitem a engajar em comunicações significativas, participação social, desenvolvimento simbólico e cognitivo (Greenspan & Wieder 20220, 2006 citado por Correia & Lampreia, 2012).

A abordagem desenvolvimentista realizou uma associação entre o desenvolvimento típico com átimos para uma identificação eficaz da origem do espectro autista. Hobbes (2002) apresentou a perspectiva do papel do afeto no desenvolvimento infantil e definindo-a como a capacidade da conexão afetiva. Paralelo a isso, os autores desenvolvimentistas, Greenspan & Wieder (2001), complementaram afirmando que o desenvolvimento cognitivo, simbólico, subjetivo e emocional é viabilizado pelas interações afetivas entre os cuidadores e o bebê no início da vida.

Por conseguinte, o tratamento dessa abordagem visa a contribuir para que a criança possa se comunicar e interagir de forma adequada e espontânea, utilizando estímulos naturais de interesse do indivíduo em seus contextos naturais de interação. É imprescindível, a participação da família como um elemento crucial para o desenvolvimento infantil, proporcionando suporte essencial para a interação e comunicação da criança em diversos contextos cotidianos, como banho, brincadeiras e refeições. O objetivo que a criança desenvolva comportamentos de modo espontâneo, flexível e natural (Correia & Lampreia, 2012).

Decorrente a isso, este momento de interação entre os cuidadores e o recém-nascido desenvolve a primeira habilidade cognitiva denominada de inter subjetividade primária (Trevarthen & Aiken, 2001). É nessa fase, que ocorre o desenvolvimento do self emergente e nuclear do bebê, a partir das interações contingentes e de alternância de turno e comportamento antecipatório, o contato ocular, sorriso responsivo e vocalizações (Stern, 1992). Alinhadas as necessidades fisiológicas do bebê, ele relaciona as experiências sensoriais com as afetivas, que são sentidas para construir um repertório unificado em qualidades globais destas.

1.3. Conceito de família e fases do ciclo vital familiar

Oliveira & Sommerman (2008) definem a família como um organismo plural e dinâmico, que busca adaptação à realidade apresentada, priorizando o afeto e companheirismo entre seus integrantes. Deste modo, a partir da terapia familiar sistêmica, o membro da família pode ser compreendido como uma pessoa inserida em sistemas, sendo

que o primeiro e o principal é a família. Portanto, permite fundamentar a identidade pessoal do indivíduo.

O Ciclo Vital Familiar sobre a perspectiva da realidade brasileira, é caracterizado em quatro etapas circunstanciais, sendo a primeira a fase da aquisição como nascimento da famílias com chegada dos filhos; a segunda etapa do ciclo vital familiar pode ser nomeada como a fase da adolescência, quando os filhos questionam crenças, regras, valores e uma readaptação das relações; a terceira é descrita como a fase madura, na qual os filhos saiam de casa e ocorre a reestruturação do sistema conjugal; e por fim, a última etapa caracteriza-se pelo envelhecimento dos pais ou viuvez de um dos companheiros, sendo necessária a convivência mais próxima com os idosos das famílias de origem (Cervený & Berthold, 2002 citadas por Oliveira & Sommermam, 2008). No curso natural do desenvolvimento familiar, é esperado o aparecimento de crises ou sobreposição destas que provocam desorganizações na dinâmica. Segundo Caplan (1964 citado por Oliveira & Sommermam, 2008), é um período de desorganização e perturbação, adaptações e busca de soluções possíveis.

Ao refletir sobre o contexto das famílias que convivem com os distúrbios neurológicos como o TEA, é previsto que a família vivencie a sobreposição de crises. A família tende a concentrar-se em solucionar as demandas familiares, voltando-se para o cotidiano familiar, permitindo uma união e o trabalho de equipe e se afastando socialmente. No ciclo da vida familiar, esses momentos fazem parte da chegada de crianças pequenas com necessidades específicas, podendo ocorrer uma paralisação do desenvolvimento familiar por conta dessa força centrípeta (Rolland, 2001 citado por Machado, 2018).

4. Terapia Familiar Sistêmica e a Abordagem Estrutural

A terapia familiar sistêmica é um conjunto de abordagens, que foram criadas por um grupo heterogêneo de estudiosos, que atuavam em contextos distintos e com propósitos diversos. Existem múltiplas formas de terapias de família e cada uma delas tem modos diferentes de tratar as famílias. A perspectiva de família como um sistema aberto, que está em interação com seu ambiente é um dos consensos entre as distintas formas de atendimento terapêutico com famílias (Couto, Prati, Falcão & Koller, 2008).

Dentre as escolas da Terapia Familiar Sistêmica, enfocou-se na Terapia Familiar Estrutural, proposta por Salvador Minuchin nas décadas de 1960 e 1970, que se baseia na visão da família como um sistema composto por subsistemas interdependentes, como o conjugal, o parental e o fraternal (Minuchin, 1974). Segundo essa abordagem, as dificuldades apresentadas por um indivíduo não devem ser analisadas isoladamente, pois estão associadas às interações familiares, nas quais a dinâmica entre os membros é interconectada (Minuchin et al., 2007). Minuchin, ao longo de sua prática clínica com famílias em contextos desafiadores, observou que problemas individuais, especialmente de comportamento infantil, estão frequentemente enraizados na estrutura de poder e hierarquia da família (Minuchin, 1974).

Com uma fundamentação no pensamento sistêmico, a terapia familiar estrutural considera que cada membro da família desempenha um papel essencial para manter sua estrutura, e que esses papéis são moldados pelas interações e fronteiras estabelecidas entre os subsistemas (Nichols & Schwartz, 2013). A prática terapêutica, nessa abordagem, requer uma atuação ativa do terapeuta, que busca reestruturar as interações familiares durante as sessões,

intervindo diretamente nos padrões de comunicação disfuncionais e propondo novas formas de interação (Liddle, 2002).

Os pilares da terapia familiar estrutural incluem cinco aspectos fundamentais: 1) a definição dos subsistemas e suas funções, respeitando as fronteiras para que os papéis possam ser desempenhados de maneira saudável (Minuchin, 1974); 2) o ajuste das fronteiras entre os membros, que podem ser rígidas, promovendo o isolamento, ou difusas, resultando em enredamento (Nichols & Schwartz, 2013); 3) o fortalecimento da hierarquia familiar, com os pais exercendo autoridade, de modo a evitar que as crianças assumam papéis de liderança, promovendo um equilíbrio nas relações familiares (Minuchin et al., 2007); 4) a identificação e interrupção de coalizões disfuncionais entre membros, promovendo relações mais equilibradas (Framo, 1981); e 5) a reorganização da estrutura familiar para melhorar a comunicação e os vínculos afetivos (Liddle, 2002).

Em intervenções com casais, a terapia familiar estrutural busca fortalecer o subsistema conjugal, entendido como a base de uma estrutura familiar saudável (Minuchin, 1974). Muitos casais enfrentam dificuldades em distinguir as funções de casal das responsabilidades parentais, o que pode enfraquecer sua conexão. Assim, a terapia atua no fortalecimento do vínculo conjugal, promovendo a resolução de conflitos, o aprimoramento da comunicação e o estabelecimento de limites claros entre os papéis de pais e de parceiros, o que possibilita um relacionamento mais equilibrado e resiliente (Minuchin et al., 2007).

2. MÉTODO

A presente pesquisa teve como delineamento metodológico o estudo qualitativo de revisão de literatura narrativa, que consistiu em uma seleção de trabalhos científicos, sem

uma rigorosidade na reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas (Vosgerau & Romanowski, 2014, citados por Toledo & Rodrigues, 2017).

A primeira busca de artigos na base de dados Scielo utilizou o descritor “crianças autistas”, sendo encontrados 60 artigos. Desse modo, com a leitura dos títulos, dos resumos e da introdução, foram construídos os seguintes critérios de inclusão: estudos das crianças autistas com relação a seus pais, formas de intervenção para crianças autistas, as brincadeiras das crianças autistas, literatura internacional e nacional sobre o autismo, a conexão afetiva das crianças com autismo, os impactos do diagnóstico de TEA na família. Os critérios de exclusão foram: artigos de tratamento educacional, intervenções psicanalíticas, condições nutricionais e questões específicas da fonoaudiologia. Por fim, foram analisadas nesta revisão de literatura 38 publicações científicas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O processo do diagnóstico de TEA para os pais

O diagnóstico de TEA representa para a família um processo de intensa desorganização e perturbação, que demanda adaptações constantes e a busca contínua por soluções (Caplan, 1964). As famílias tendem a passar por estágios emocionais específicos, como impacto, negação, luto, foco extremo e, por fim, encerramento, à medida que enfrentam os sentimentos complexos e conflitantes suscitados pelo diagnóstico (Ebert, Lorenzini & Silva, 2013). Esse processo caracteriza-se como um período delicado e desafiador, exigindo da família resiliência para lidar com essa nova realidade.

O ambiente físico e outras circunstâncias contextuais também influenciam significativamente a experiência familiar diante do diagnóstico, podendo intensificar ou atenuar o sofrimento associado (Ebert, Lorenzini & Silva, 2013, citado em Pinto et al., 2016). A partir de uma perspectiva desenvolvimentista, torna-se essencial observar atentamente como a família está se ajustando a essa realidade para identificar estratégias de intervenção, que promovam uma dinâmica familiar mais saudável e contribuam para o desenvolvimento psicossocial da criança com autismo.

O atraso da fala é um dos principais sintomas mais observados pelos pais e, geralmente, responsável pelo início o processo investigativo sobre o transtorno do espectro autista, mesmo que a criança já apresente dificuldades de comportamento. O desfecho sobre esse diagnóstico pode demorar, resultando em uma detecção tardia deste transtorno, que tende a ser vivido pela família como motivo dos sentimentos iniciais de angústia (Evert et al., 2015).

Além disso, a definição do diagnóstico do TEA repercute de forma diferente para os familiares. As famílias lidam com os momentos marcantes do desenvolvimento, que são perdidos ou atrasados como: a primeiras palavras, experiências escolas e festa infantis (Machado et al.,2018). As limitações do TEA, como a dificuldade de comunicação, interação e comportamento estereotipado repetitivo podem gerar o estranhamento e preconceito por parte das pessoas, diante da impossibilidade de enquadrar se socialmente. Consequentemente, isso pode levar ao isolamento familiar (Machado et al., 2018). De acordo com Sprovieri e Assumpção (2001), as limitações impostas pela deficiência dificultam a adaptação da criança

às normas e valores sociais. Nesse contexto, cabe à família aprender a gerenciar os sentimentos de desgaste emocional para facilitar sua inserção no ambiente social (Minatel & Matsukura, 2014, citado por Machado et al., 2018).

Com a chegada do diagnóstico e o início dos tratamentos, a vida cotidiana se transforma completamente e traz muitos desafios para com a demanda do filho. No estudo de Minatel e Matsukura (2014) sobre esta experiência, constataram que em todas as etapas do desenvolvimento, as famílias ficam submissas às demandas do filho que possui autismo e reorganizando sua rotina social, domiciliar e profissional, e até mesmo esquecendo se tiverem outros filhos.

É importante sinalizar, que este momento doloroso sobre o diagnóstico se caracteriza como o luto da idealização do bebê saudável, que irá dar continuidade sobre os sonhos e desejos familiares. Os pais se encontram desolados percebendo que a criança não era a esperada e que possui muitas limitações por possuir um transtorno do neurodesenvolvimento (Franco, 2015 e 2016 citado por Machado et al., 2018).

Durante esse processo do diagnóstico, a família experimenta principalmente sentimentos de desespero, tristeza e dúvida sobre o futuro (Machado, Londero & Pereira, 2018). De acordo com Franco (2015), normalmente os pais procuram focar em viver o momento presente, aplacando as angústias, preocupações e frustrações futuras, e assim pode gerar sentimentos de incapacidade e melancolia. O medo dos pais ocorre ao visualizarem o

membro da família com TEA na fase adulta, na qual emerge a dúvida que paira sobre a cabeça dos pais sobre como este indivíduo mais dependente poderá sobreviver sem estes responsáveis para cuidá-lo. Concomitantemente, a família procura incentivar ao máximo a independência do filho (Madeira, 2014).

As famílias, geralmente recorrem aos irmãos, que se responsabilizam por assumir os cuidados deste membro da família com TEA até o fim da vida. O desejo pela adoção também é recorrente entre os pais após o diagnóstico de TEA, havendo uma expectativa que o irmão possa exercer os cuidados com o membro da família com TEA. A adoção evitaria a mãe de idade avançada a passar por outra gestação e ter o risco de conceber outra criança com transtorno (Machado, 2018). Logo, é necessário estimulá-los para repensarem no futuro do filho(a) com autismo, para que esta criança possa se desenvolver, enquanto estes pais voltem a desejar, esperar e visualizarem a possibilidade de um futuro promissor (Franco, 2015).

Fávero (2005) realizou uma pesquisa com as mães de crianças com autismo, em que identificou que elas apresentavam sentimento de revolta, negação, sofrimento e desorientação por não considerarem entender o que se passava com seus filhos e como poderiam ajudá-los. Usualmente, quando existe a necessidade na adaptação de novos papéis, tarefas cotidianas e distribuição de responsabilidades de cuidados com o filho, as mulheres ficam encarregas pela maior parte destas funções. Além disso, elas decidem deixar de trabalhar para cuidar desses filhos, o que gera uma sobrecarga imensa (Pinto et al. 2016, Semeha & César, 2011).

Algumas características das famílias com crianças autistas foram destacadas na pesquisa realizada por Lima, Couto, Andrada, Corrêa e Cardoso (2020), nas quais os responsáveis identificam-se como atores políticos, no que consta a criação de associações e audiências públicas, sendo ainda incipiente a sustentação do apoio familiar e do governo; compreensão da importância da presença parental e da boa relação com os profissionais de saúde para o avanço no processo terapêutico dos filhos. A importância do envolvimento parental no tratamento dos filhos tende a mobilizar o casal, que costuma apresentar queixas quanto à falta de assistência conjugal e individual para os responsáveis e da maior proximidade com a equipe multidisciplinar. Receber esta assistência multidisciplinar favorece que as famílias lidem com sentimento de menor impotência, mas os cuidadores ainda possuíam condições altas de sofrimento e sobrecarga (Lima, Couto, Andrada, Corrêa & Cardoso, 2020).

3.2 Impactos psicossociais do diagnóstico de TEA para família

O diagnóstico de TEA em uma criança impõe uma série de desafios para a família, que se desdobram em aspectos físicos, econômicos, psicológicos e nas relações familiares. No âmbito físico, o estresse e a sobrecarga associados ao cuidado constante podem ter impactos diretos sobre a saúde dos pais, especialmente das mães, que frequentemente assumem a maior parte das responsabilidades. Estudos indicam que as mães de crianças com TEA apresentam taxas mais altas de problemas de saúde, como insônia, dores crônicas e aumento da pressão arterial, devido ao cuidado intensivo e à dificuldade de encontrar tempo para o autocuidado (Sprovieri & Assumpção Jr, 2001). Além disso, a dedicação exclusiva às demandas da criança

pode levar ao descuido da saúde dos cuidadores, agravando o desgaste físico e a vulnerabilidade a problemas de saúde.

A dinâmica das relações familiares também é fortemente afetada pelo diagnóstico de TEA, sobretudo no relacionamento conjugal. O cuidado intensivo da criança com TEA exige uma adaptação constante nas rotinas e papéis dentro do núcleo familiar, o que pode sobrecarregar os pais e levar a conflitos conjugais. Os desafios envolvidos na tomada de decisões sobre o tratamento e as intervenções para a criança, além das dificuldades em manter uma comunicação eficiente sobre o manejo do TEA, tendem a aumentar as tensões no relacionamento conjugal. A ausência de coesão e apoio mútuo entre os parceiros pode afetar a harmonia familiar e resultar em distanciamento emocional, diminuindo a resiliência do casal diante das adversidades (Herring et al., 2006). Além disso, muitos pais relatam isolamento social, em parte devido ao estigma que ainda envolve o TEA, o que limita o acesso a redes de apoio social e aumenta a sobrecarga emocional (Gray, 2002).

Em famílias separadas, os desafios tornam-se ainda mais complexos. A divisão de responsabilidades parentais e a necessidade de alinhar abordagens terapêuticas e educacionais podem gerar novos conflitos e aumentar o estresse dos pais. O processo de separação pode também desencadear sentimentos de culpa e ambivalência nos pais, especialmente em relação à capacidade de atender às necessidades complexas do filho com TEA (Patterson et al., 2011). Em muitos casos, questões como guarda, visitas e a tomada de decisões conjuntas sobre o tratamento da criança intensificam tensões que podem prejudicar a adaptação da criança ao novo arranjo familiar.

A reestruturação das dinâmicas familiares após a separação, com a introdução de novos parceiros ou a reorganização das tarefas cotidianas, também pode impactar a criança e seus irmãos. Muitas vezes, o pai ou mãe que assume a maior parte das responsabilidades enfrenta exaustão física e emocional devido à carga extra de cuidados. Já o outro genitor pode enfrentar o desafio de manter uma presença ativa e afetiva na vida da criança, o que é essencial para promover um senso de segurança e vínculo. A introdução de novos parceiros requer um cuidado especial para manter a estabilidade emocional da criança, visto que alterações nas figuras de referência e no cotidiano podem ser especialmente desestabilizadoras para crianças com TEA, que se beneficiam de um ambiente previsível e de um suporte afetivo sólido (Minuchin et al., 1998).

Para a criança com TEA, a separação dos pais pode ser um fator de instabilidade emocional adicional. A necessidade de se adaptar a duas realidades domésticas distintas e a mudanças constantes de rotina pode aumentar a ansiedade e os comportamentos desafiadores. A falta de uma comunicação eficaz entre os pais prejudica a consistência do cuidado e das abordagens terapêuticas, afetando o desenvolvimento emocional da criança e aumentando o risco de comportamentos regressivos ou de adaptação inadequada ao ambiente social (Sullivan et al., 2019).

A ausência de consistência entre as casas dos pais separados pode afetar a criança, que necessita de previsibilidade e estabilidade para lidar com o TEA (Jordan & Hume, 2012; Pottie & Ingram, 2008). Além disso, um dos pais pode sentir-se particularmente sobrecarregado por assumir a maior parte das responsabilidades de cuidado, enquanto o outro enfrenta a dificuldade de manter-se próximo emocionalmente e comprometido com o

cotidiano do filho. Esse desequilíbrio de responsabilidades pode gerar sentimentos de culpa, ressentimento e exaustão emocional, além de fragilizar os vínculos familiares e afetar o bem-estar psicológico dos cuidadores (Patterson et al., 2011; Estes et al., 2017).

Do ponto de vista psicológico, os pais de crianças com TEA frequentemente vivenciam uma gama de emoções complexas que incluem tristeza, culpa, medo e ansiedade. Esse processo psicológico pode ser compreendido como um “luto simbólico”, no qual os pais lidam com a perda do filho idealizado e precisam adaptar-se a uma realidade repleta de incertezas. A intensidade desse luto é influenciada pelo grau de suporte emocional disponível, e o impacto emocional tende a ser contínuo, pois, à medida que a criança cresce, novos desafios surgem, e os pais revivem sentimentos de incerteza e frustração. Estudos mostraram que esses sentimentos podem desencadear transtornos de humor, como a depressão, especialmente nas mães, que tendem a reportar uma maior carga emocional e dificuldades em manter um equilíbrio psicológico (Monteiro et al., 2008).

Economicamente, o diagnóstico de TEA implica um conjunto de gastos significativos que podem afetar de forma substancial a estabilidade financeira da família. O acesso aos tratamentos especializados, intervenções terapêuticas multidisciplinares e medicamentos específicos exige um investimento financeiro contínuo, muitas vezes acima da capacidade orçamentária da família. Esse impacto é mais crítico quando um dos pais reduz sua jornada de trabalho ou abandona a carreira para dedicar-se ao cuidado integral do filho, o que limita a renda familiar e pode levar a dificuldades financeiras severas (Pinto et al., 2016). Além disso, famílias em situação de vulnerabilidade social enfrentam barreiras adicionais, como o acesso restrito aos serviços públicos de qualidade, aumentando a sobrecarga financeira e emocional.

No contexto familiar mais amplo, os irmãos da criança com TEA também são afetados, pois podem sentir que as atenções dos pais estão desproporcionalmente voltadas ao irmão com necessidades especiais. Esse desequilíbrio pode resultar em sentimentos de ciúmes, abandono e até rivalidade, prejudicando a harmonia familiar. Em muitos casos, irmãos mais velhos assumem papéis de responsabilidade precoce, auxiliando no cuidado do irmão, o que pode levar ao desenvolvimento de um amadurecimento precoce, mas também ao aumento do estresse, ansiedade, pressão emocional e dificuldades na socialização. Esse cenário, por sua vez, pode interferir no desenvolvimento emocional dos irmãos e gerar ressentimento, sobretudo quando percebem que suas próprias necessidades emocionais e psicológicas são negligenciadas pelos pais (Stoneman, 2007; Fisman et al., 1996).

Além disso, o estigma social associado ao TEA pode afetar os irmãos em idade escolar, levando a situações de exclusão ou bullying. Para essas crianças, é fundamental que as famílias e as escolas estejam atentas às suas necessidades emocionais e sociais, promovendo um ambiente de acolhimento e apoio que auxilie na construção de resiliência e empatia. O apoio psicológico, voltado tanto para os pais quanto para os irmãos, é essencial para promover o bem-estar de todos os membros da família, oferecendo estratégias para lidar com o estresse e proporcionando espaços de expressão e acolhimento para as dificuldades emocionais enfrentadas por cada um (Barker et al., 2020).

Diante desse panorama, torna-se fundamental a busca por apoio psicossocial para reduzir a sobrecarga e auxiliar na adaptação ao novo contexto familiar. A participação em grupos de suporte é uma estratégia que permite o compartilhamento de experiências entre

pais de crianças com TEA, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e a construção de uma rede de apoio social. Ademais, o acompanhamento psicológico regular é essencial para que os pais consigam processar sentimentos de culpa, frustração e ansiedade e encontrar formas saudáveis de lidar com o estresse. Intervenções psicológicas como a Terapia Familiar Sistêmica têm um papel relevante no fortalecimento das relações familiares, ao promover o diálogo e a coesão entre os membros da família. A Terapia Familiar Estrutural tem se mostrado eficaz para reorganizar as interações familiares e ajudar os pais a estabelecerem limites e responsabilidades que favorecem uma convivência mais equilibrada e saudável (Minuchin et al., 1998).

A implementação de políticas públicas é igualmente vital para apoiar as famílias de crianças com TEA, facilitando o acesso aos recursos financeiros, programas de suporte psicológico e assistência social. A criação de programas específicos para oferecer orientação, apoio psicológico e terapias acessíveis pode reduzir a pressão econômica e emocional sobre as famílias, promovendo um ambiente mais acolhedor e menos sobrecarregado para os cuidadores. A inclusão de medidas que incentivem a participação das famílias em programas de suporte, aliada à ampliação do acesso aos serviços de saúde mental e educação especializada, representa uma ação estratégica para melhorar a qualidade de vida das famílias afetadas pelo TEA (Segeren & Françoze, 2014).

Portanto, o impacto do diagnóstico de TEA é multifacetado, afetando profundamente os aspectos emocionais, econômicos e relacionais das famílias. Compreender esses desafios é essencial para o desenvolvimento de intervenções e políticas que promovam o bem-estar das famílias, ajudando-as a encontrar um equilíbrio entre as necessidades da criança com TEA e a

dinâmica familiar como um todo. Estratégias de enfrentamento, apoio psicológico contínuo e terapias familiares representam recursos importantes para que os pais adaptem-se ao contexto e mantenham o equilíbrio emocional necessário para fortalecer a estrutura familiar e promover uma convivência mais saudável e harmônica.

3.3 Contribuições da Terapia Familiar Estrutural para lidar com os impactos psicossociais do TEA

Para famílias com filhos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a terapia familiar estrutural mostrou-se particularmente útil ao abordar os desafios específicos enfrentados nesse contexto (Nichols & Schwartz, 2013). Minuchin (1974) enfatizou a importância de compreender a família como um sistema interdependente, observando que as necessidades da criança com TEA podem impactar significativamente a dinâmica familiar. Nesses casos, a terapia objetiva reorganizar as interações entre os membros da família, promovendo equilíbrio e fortalecendo os laços (Minuchin et al., 2007).

Essas famílias frequentemente enfrentam desafios intensos, como altos níveis de estresse, desgaste emocional, dificuldades de comunicação e desequilíbrio na divisão das responsabilidades, em que um dos pais geralmente assume a maior parte dos cuidados e, assim, sobrecarrega-se (Framo, 1981). A terapia estrutural, nesse contexto, visa a apoiar a estrutura familiar ao reforçar os papéis e fronteiras, promover uma comunicação eficaz, incentivar a flexibilidade e adaptabilidade, interromper coalizões disfuncionais e equilibrar a proteção e autonomia da criança (Minuchin, 1974; Nichols & Schwartz, 2013).

Durante o trabalho terapêutico com famílias que possuem filhos com TEA, a terapia estrutural busca construir uma estrutura clara e equilibrada, com papéis e limites bem definidos, especialmente entre os pais, para reduzir sobrecargas e fortalecer a parceria conjugal (Minuchin et al., 2007). O terapeuta auxilia o casal a estabelecer fronteiras saudáveis entre as funções de pais e parceiros e fomenta a comunicação aberta, o que contribui para diminuir tensões e conflitos familiares (Liddle, 2002).

Entre os principais benefícios observados, a terapia familiar estrutural pode reduzir conflitos familiares, melhorar a coesão entre os pais, aliviar a carga emocional dos cuidadores e proporcionar um ambiente estável e seguro para o desenvolvimento da criança com TEA (Nichols & Schwartz, 2013). Ao fortalecer a estrutura familiar e aprimorar as interações entre os membros, essa abordagem terapêutica contribui para uma melhor qualidade de vida para toda a família (Minuchin, 1974; Framo, 1981).

3.4 Estratégias de enfrentamento do TEA para a família

Dentre as ferramentas de adaptação dos membros ao transtorno, a que mais se destaca é a união familiar. O apoio e atenção, permite que amenizar os impactos e tornar os veículos mais fortes. (Pinto et al., 2016). Deve-se salientar, a aproximação ou afastamento da relação conjugal depende do investimento e da aceitação pessoal de ambos (Madeira, 2014).

O apoio da família externa é identificado pelas pesquisas como um fator positivo para enfrentar as adaptações e aceitação do TEA. Contudo, muitos familiares acabam se afastando e negam a existência da criança, por ter em dificuldade de aceitá-la com suas

singularidades (Madeira, 2014). Infelizmente, é nesse momento que família experiencia pela primeira vez o preconceito por conta do diagnóstico ao autismo (Minatel & Matsukura, 2014; Pinto et al, 2016).

A carência na falta de apoio, profissional e emocional gera nos pais um sentimento de desamparo, pois eles necessitam de ajuda para lidar com as repercussões da rotina domiciliar e de como agir com a criança. Diante disso, muitas famílias encontram nas redes sociais o espaço para o compartilhamento de experiências e acesso a informações sobre as inúmeras dúvidas que perpassam sobre o autismo (Machado et al, 2018). Dessa forma, a maior disponibilidade para informação sobre o autismo, orientações provisionais, espaços de trocas de vivências como grupos terapêuticos e informações proporciona a melhora do bem estar dessas famílias (Madeira, 2014).

Portanto, os recursos e apoio necessários para enfrentar essa crise incluem intervenções terapêuticas específicas, como a terapia familiar, que ajuda a família a se ajustar à nova realidade. A terapia familiar sistêmica vê a família como um sistema interconectado onde cada membro influencia e é influenciado pelos outros, promovendo a comunicação e a coesão familiar (Nicholson & Schwartz, 1998).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reafirma que o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresenta desafios psicossociais profundos para as famílias, demandando adaptações na estrutura e dinâmica familiar, além de ajustes contínuos às necessidades da criança diagnosticada. Uma abordagem interdisciplinar é fundamental para proporcionar um suporte

abrangente que atenda tanto às demandas emocionais quanto às práticas de cuidado diário, envolvendo profissionais de psicologia, saúde, educação e serviço social. Pesquisas sugerem que intervenções multidisciplinares são mais eficazes ao atender famílias em contexto de vulnerabilidade social, oferecendo apoio que integra diferentes aspectos do desenvolvimento e bem-estar familiar.

As condições socioeconômicas e culturais desempenham um papel significativo no modo como as famílias enfrentam o impacto do TEA. Famílias com menos recursos muitas vezes enfrentam dificuldades no acesso a terapias especializadas e serviços essenciais, o que agrava a sobrecarga emocional e limita as possibilidades de intervenções adequadas. Estudos apontam que a ausência de políticas públicas de suporte específico para essas famílias amplifica os desafios, evidenciando uma lacuna importante nos cuidados oferecidos.

O apoio social e as redes de suporte também emergem como fatores críticos na promoção da resiliência familiar. Grupos de suporte, organizações não governamentais e redes comunitárias podem contribuir para a redução do isolamento social, proporcionando espaços para a troca de experiências e acesso à informação. Esses recursos fortalecem o enfrentamento das famílias e facilitam a adaptação ao contexto do TEA.

Além disso, a conscientização e sensibilização social sobre o TEA desempenham um papel essencial na promoção da inclusão social e na redução do estigma enfrentado por essas famílias. A falta de conhecimento e compreensão sobre o TEA em âmbito social contribui para o preconceito, intensificando o isolamento das famílias e limitando a integração da criança em ambientes comunitários e escolares.

A análise das políticas públicas também destaca a necessidade de revisões e expansões que contemplem a especificidade das necessidades dessas famílias, incluindo subsídios para terapias familiares e programas de treinamento para cuidadores. Estudos sugerem que a inclusão dessas iniciativas pode promover uma adaptação mais positiva e saudável para os cuidadores e as crianças com TEA.

Por fim, é recomendável que pesquisas futuras adotem uma abordagem longitudinal para investigar os impactos psicológicos e econômicos a longo prazo em famílias de crianças com TEA, considerando as implicações duradouras na qualidade de vida familiar. Estudos desse tipo poderiam auxiliar na formulação de intervenções mais eficazes e em políticas públicas que contemplem as necessidades de longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Barker, G., Morison, P., & Colley, L. (2020). Parental stress in raising a child with autism spectrum disorder: An overview of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 89-101. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04201-3>
2. Barker, G., Olukoya, A., Moraes, M., & Margetts, B. (2020). Impacto da sobrecarga emocional e desafios enfrentados por pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas implicações psicológicas. *Psicologia Social e da Saúde*, 12(3), 228-243. <https://doi.org/10.1080/13549839.2020.1775916>
3. Bontempo, V. L. (2009). A assembléia de usuários e o CAPSI. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 29(1), 184–189. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100015>
4. Correia, O. B. F. (2010). O papel da conexão afetiva na construção de um programa de intervenção precoce para crianças recém-diagnosticadas autistas ou com risco autístico. *Psicologia Clínica*, 22(2), 215–215. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000200018>
5. Costa, M. R. C., & Souza, C. B. A. (2020). Aquisição de intraverbais em crianças com autismo: efeitos do pareamento de estímulos e respostas ecoicas. *Psicologia USP*, 31, e190061. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e19006>
6. Couto, M. C. P. de P., Prati, L. E., Falcão, D. V. da S., & Koller, S. H.. (2008). Terapia familiar sistêmica e idosos: contribuições e desafios. *Psicologia Clínica*, 20(1), 135–152. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000100009>
7. Elias, A. V., & Assumpção Jr, F. B. (2006). Qualidade de vida e autismo. *Arquivos De Neuro-psiquiatria*, 64(2a), 295–299. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000200022>
8. Estes, C. L., Rivera, S. M., & Kaminski, R. M. (2017). Parental stress in families with children with autism spectrum disorder: The role of social support. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 40, 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.06.002>

9. Fernandes, F. D. M. (2009). Famílias com crianças autistas na literatura internacional. *Revista Da Sociedade Brasileira De Fonoaudiologia*, 14(3), 427–432. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342009000300022>
10. Fernandes, F. D. M., & Molini-Avejonas, D. R. (2010). Crianças autistas podem vencer suas dificuldades principais e se tornar solidárias, criativas e reflexivas? Um estudo de follow-up de 10 a 15 anos de um subgrupo de crianças com distúrbios do espectro autístico (DEA) que receberam uma abordagem de desenvolvimento abrangente, individualizada e baseada no relacionamento (DIR). *Revista Da Sociedade Brasileira De Fonoaudiologia*, 15(1), 155–156. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000100026>
11. Fiore-Correia, O., & Lampreia, C. (2012). A conexão afetiva nas intervenções desenvolvimentistas para crianças autistas. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 32(4), 926–941. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400012>
12. Firth, H., Dooley, M., & Boyle, G. (2015). Family dynamics and role changes in families of children with autism. *Family Relations*, 64(2), 213-226. <https://doi.org/10.1111/fare.12118>
13. Firth, N., Barlow, J., & Cohen, S. (2015). Os irmãos de crianças com TEA: desafios e soluções psicossociais. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(7), 2116-2128. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2622-x>
14. Fisman, S. N., Wolf, L., & Gagnon, K. (1996). Family functioning and the sibling relationship in families of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(2), 129-145. <https://doi.org/10.1007/BF02172258>
15. Framo, J. L. (1981). The integration of marital therapy with sessions with family of origin. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 133–158). Brunner/Mazel.
16. Gray, D. E. (2002). In the shadow of illness: Parents and siblings of children with autism. *Social Science & Medicine*, 56(3), 619-628. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00064-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00064-4)

17. Herring, S., Gray, C., Taffe, J., Tonge, B., & Sweeney, L. (2006). Developmental, psychosocial and family functioning in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(3), 349-357. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0072-7>
18. Herring, S., McLellan, J., & Rimmer, R. (2006). A dinâmica familiar em famílias com crianças com Transtorno do Espectro Autista: efeitos na saúde emocional dos irmãos. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 35-42. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01601.x>
19. Jordan, R., & Hume, K. (2012). Educational interventions for children with autism spectrum disorder: A review of the evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 705-713. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1305-y>
20. Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L
21. Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Boyle, C. A., Perrin, J. M., Ghandour, R. M., & van Dyck, P. C. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics*, 124(5), 1395-1403. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1522>
22. Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 24(1), 105–114. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100012>
23. Lamport, D., & Turner, T. (2012). A experiência emocional dos pais de crianças com autismo: desafios e implicações para o tratamento psicológico. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 422-438. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00570.x>
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Artmed.
24. Lheureux-Davidse, C. (2015). Ouvir para se poder olhar dentro da clínica do autismo. De onde vem a voz que me faz existir? *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 18(4), 634–650. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n4p634.4>
25. Liddle, H. A. (2002). Structural family therapy. In F. M. Dattilio & A. S. Freeman (Eds.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (2nd ed., pp. 71–90). Guilford Press.

26. Lima, R. C., et al. (2020). Narrativas de familiares de autistas de Capsi da região metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado. *Saúde em Debate*, 44(Spe 3), 144-155. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E313>
27. Lira, J. O. de., Tamanaha, A. C., Perissinoto, J., & Osborn, E. (2009). O reconto de histórias em crianças do espectro autístico: um estudo preliminar. *Revista CEFAC*, 11(3), 417-422. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009005000021>
28. Lopes, C. A., Carvalho, J. M., & Silva, F. A. (2021). Impactos psicossociais em famílias
29. Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Francisco Alves.
30. Minuchin, S., Lee, W. Y., & Simon, G. M. (1996). *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation*. John Wiley & Sons.
31. Ozonoff, S., Dawson, G., & McPartland, J. (2002). *A parent's guide to Asperger syndrome and high-functioning autism: How to meet the challenges and help your child thrive*. Guilford Press.
32. Phetrasuwan, S., & Miles, M. S. (2009). Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(3), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.02.007>
33. Posar, A., & Visconti, P. (2017). Family therapy in autism spectrum disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1529-1541. <https://doi.org/10.2147/NDT.S132168>
34. Santos, M. A., & Silva, F. R. (2012). A experiência de pais de crianças com autismo. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 6(2), 127-138. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201200020005>
35. Silva, M. T., & Nunes, L. M. (2015). Relações familiares em famílias de crianças com autismo: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 111-121. <https://doi.org/10.1590/1413-737223415012>

36. Siller, M., & Sigman, M. (2008). Modeling longitudinal change in the language development of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1259-1273. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0504-9>
37. Smith, L., Hong, J., & Seltzer, M. M. (2010). Parenting stress and social support in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(1), 57-70. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.07.011>
38. Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., & Mackinnon, A. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000205701.48324.26>
39. Williams, R. (2003). Ideação suicida e apoio psicológico em pais de crianças autistas: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 226-234. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000400006>