

Patrícia Marzola

Neurociência do Autismo:

um guia para as famílias



Neurociência do Autismo:

um guia para as famílias

Patrícia Marzola

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Marzola, Patrícia

Neurociência do autismo [livro eletrônico] :
um guia para famílias / Patrícia Marzola. --
1. ed. -- Florianópolis, SC : Ed. da Autora, 2025.
PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-01-71757-9

1. Autistas - Desenvolvimento 2. Autistas -
Relações familiares 3. Neurociência
4. Neurodiversidade 5. TEA (Transtorno do
Espectro Autista) - Avaliação 6. TEA (Transtorno
do Espectro Autista) - Diagnóstico 7. TEA
(Transtorno do Espectro Autista) - Tratamento
I. Título.

25-305126.0

CDD-616.85882

Índices para catálogo sistemático:

1. Autismo : Guia básico para pais e profissionais
da saúde e da educação 616.85882

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Índice



Sobre a autora	05
Capítulo 1. Apresentação	06
Capítulo 2. O que é o TEA?	07
Capítulo 3. Qual a causa do TEA?	09
Capítulo 4. Níveis de apoio	16
Capítulo 5. Como identificar sinais precoces	21
Capítulo 6. O processo diagnóstico	26
Capítulo 7. Manejo no dia a dia	29
Capítulo 8. Intervenções baseadas em evidências	32
Capítulo 9. Escola e aprendizagem	35
Capítulo 10. Rede de apoio	40
Capítulo 11. Como lidar com o preconceito?	42
Capítulo 12. Aspectos legais sobre o TEA	44
Capítulo 13. Perspectivas para o futuro	47
Capítulo 14. Mensagem final às famílias	49
Material Suplementar	50
Glossário	53
Referências	55



Sobre a Autora

Sou **Patrícia Marzola**, neurocientista, bióloga, mestra em Ciências da Saúde e doutoranda em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atuo há mais de 15 anos no ensino, com experiência em educação básica, graduação e pós-graduação, além de desenvolver livros e materiais educacionais baseados em evidências científicas.

Como pesquisadora, eu integro o Laboratório de Neuroplasticidade Cerebral, investigando temas como neurodesenvolvimento, estresse no início da vida, comportamentos e emoções, memória e aprendizado.

Além da vida acadêmica, eu me dedico a traduzir conceitos complexos da neurociência em uma linguagem clara e prática, aproximando ciência e sociedade. Procuro sempre me posicionar contra o sensacionalismo, valorizando informações baseadas em **evidências científicas**. Meu compromisso é tornar o conhecimento científico uma ferramenta de apoio às famílias e de promoção de inclusão.

Confira meu trabalho em:

@neurocientista.patimarzola

<https://www.instagram.com/neurocientista.patimarzola/>



Capítulo 1.

Apresentação

Quando uma família recebe o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, também conhecido como TEA, muitas dúvidas e sentimentos vêm à tona. É comum sentir medo, insegurança ou até alívio por finalmente ter um nome para aquilo que já vinha sendo percebido no dia a dia. Este guia foi feito para estar ao lado de vocês nesse momento: para informar, orientar e, acima de tudo, acolher. Ele não substitui o acompanhamento de profissionais de saúde, mas tem o objetivo de oferecer informações práticas, claras e confiáveis, que podem ajudar a família a compreender melhor o TEA e a construir um ambiente mais acolhedor e seguro.

O TEA não define quem a pessoa é. Cada indivíduo dentro do espectro tem sua própria história, habilidades, dificuldades e potencialidades. Por isso, este guia também fala sobre **valorização das singularidades** e sobre como cada pequeno passo pode fazer diferença no dia a dia.

Meu papel aqui, como neurocientista, é trazer explicações de forma acessível sobre o que é o TEA, como identificar sinais precoces, os caminhos para o diagnóstico, estratégias práticas para lidar com desafios do cotidiano e, acima de tudo, como a família pode ser uma rede de apoio fundamental.

Espero que este material ajude você a se sentir mais preparado(a), informado(a) e confiante para caminhar ao lado da pessoa com TEA. Porque, no fim das contas, o que mais importa não é o rótulo, mas sim o cuidado, o respeito e o afeto que cercam cada vida.

Capítulo 2.



O que é o TEA?

O TEA é uma **condição do neurodesenvolvimento**. Isso quer dizer que se manifesta desde os primeiros anos de vida e envolve diferenças no modo como a pessoa percebe o mundo, se comunica, interage e organiza comportamentos.

O que é significa “espectro” autista?

Quando falamos em “espectro autista”, estamos dizendo que não existe apenas uma forma de “ser autista”. O TEA não é uma caixinha única, mas sim uma **faixa ampla de manifestações** que variam em intensidade, combinação e impacto no dia a dia. Isso também indica diferentes níveis de apoio, diferentes formas de se comunicar, diferentes maneiras de aprender.

Algumas pessoas podem apresentar sinais mais evidentes, como dificuldade marcante na comunicação verbal, enquanto outras se expressam muito bem, mas enfrentam desafios mais sutis em interações sociais. Há quem precise de apoio constante para atividades básicas, e há quem leve uma vida bastante independente.

Podemos imaginar o espectro como um **arco-íris**: dentro dele, cada cor representa um conjunto de características, e cada pessoa com TEA pode estar em pontos diferentes desse arco, com tonalidades únicas. Dentro de cada cor desse arco-íris, ainda há um degradê, como se houvesse diferentes tons de vermelho, laranja, amarelo etc. Cada cor principal pode ser comparada a um conjunto de manifestações do TEA, mas dentro de cada cor ainda existem muitas particularidades. Por isso, cada pessoa com TEA é única e especial, sendo necessário um acompanhamento personalizado.

Assim, quando um profissional fala em “espectro”, ele se refere a essa **grande diversidade de apresentações**, que vai desde necessidades de suporte mais intensas até formas mais leves e quase invisíveis para quem não conhece a pessoa de perto.

Capítulo 3.



Qual a causa do TEA?

Antes de definir possíveis fatores relacionados ao desenvolvimento do TEA, precisamos conhecer um pouco mais sobre como é o neurodesenvolvimento humano.

Como o cérebro se desenvolve?

O **neurodesenvolvimento** é o processo de formação e amadurecimento do sistema nervoso, que tem início ainda na gestação e se estende por toda a vida. Já no primeiro mês de gravidez surgem os primeiros **neurônios** e, ao final do terceiro trimestre, essas células começam a se conectar, formando os circuitos que darão origem ao **cérebro** em funcionamento. É nessa rede em construção que se apoiam tanto as funções vitais, como respiração e batimentos cardíacos, quanto as mais complexas, como memória, aprendizado, emoções e comportamento.

Esse processo de neurodesenvolvimento é orientado por **moléculas sinalizadoras** que funcionam como uma espécie de “receita de bolo”, guiando cada etapa. Essas moléculas coordenadoras podem ser produzidas pelo próprio organismo, sob **controle genético**, mas também sofrem influência de **fatores ambientais**, como nutrição, exposição a toxinas (agrotóxicos, medicamentos, álcool ou drogas) e radiação.

Diferenças no desenvolvimento: bom ou ruim?

Quando falamos do desenvolvimento humano, a maioria das condições segue um padrão médio. Por exemplo, a maioria dos homens tem cerca de 1,74 m de altura, enquanto a média das mulheres é de aproximadamente 1,60 m. Em alguns casos, vemos homens e mulheres

mais baixos ou mais altos que essa média. Ser mais alto ou mais baixo não é “bom” ou “ruim”, apenas diferente do que ocorre na maioria das pessoas. O que determina se a pessoa será mais baixa ou mais alta depende de fatores genéticos e ambientais, como a própria nutrição.

Da mesma forma, o TEA é uma **variação na forma como o sistema nervoso se organiza e funciona**. Enquanto a maioria das pessoas segue um padrão médio de desenvolvimento, no TEA ocorre uma alteração desse padrão, o que pode modificar o funcionamento cerebral. Isso não significa que seja “bom” ou “ruim”, mas apenas diferente — um exemplo do conceito de **neurodiversidade**. Essas diferenças se originam principalmente durante a gestação e no período perinatal (em torno do parto), sendo influenciados por inúmeros fatores — por isso é chamado de **multifatorial**.

Base genética

O TEA possui uma forte base genética, ou seja, está ligado em grande parte à informação contida no DNA. Isso não significa que exista um “gene do autismo”, mas sim a participação de **muitos genes diferentes**, que em conjunto aumentam a probabilidade de a pessoa desenvolver o TEA.

Alguns desses genes estão relacionados à forma como os neurônios se comunicam entre si, como se organizam em circuitos e como o cérebro processa informações. Alterações em pequenos trechos do DNA podem influenciar o desenvolvimento dessas conexões e gerar variações no funcionamento cerebral.

Pesquisas com famílias e gêmeos reforçam essa base genética: irmãos de pessoas com TEA têm maior chance de também receber o diagnóstico, e, no caso de gêmeos idênticos, essa probabilidade é ainda mais alta. Isso mostra que a herança genética tem um peso importante, embora **não seja o único fator**.

Fatores ambientais

Pesquisas recentes demonstram que fatores ambientais também podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento do TEA. Esses fatores não são determinantes isolados, mas podem atuar como **gatilhos** ou **moduladores** em indivíduos que já apresentam predisposição genética.

Durante a gestação, algumas condições aumentam esse risco. A **idade materna ou paterna avançada**, por exemplo, está associada a uma maior probabilidade de alterações genéticas espontâneas. **Infecções durante a gravidez** (como rubéola ou gripe intensa), assim como o **diabetes materno** ou a **hipertensão gestacional**, também podem interferir no ambiente intrauterino. Além disso, a **exposição a substâncias tóxicas**, como poluição ambiental, agrotóxicos, álcool, drogas ou determinados medicamentos (como carbamazepina ou ácido valproico), pode afetar processos delicados do desenvolvimento cerebral.

O período do parto também merece atenção: **complicações perinatais**, como hipóxia (falta de oxigênio) ou baixo peso ao nascer, têm sido associadas a um risco maior de manifestações do espectro.

É importante reforçar que nenhum desses elementos, isoladamente, “causa” o TEA. Muitas crianças expostas a essas condições não desenvolvem autismo. Da mesma forma, muitas crianças autistas não apresentam histórico de tais fatores. O que as pesquisas mostram é que o TEA resulta de uma **interação complexa entre genética e ambiente**. A genética fornece a base de vulnerabilidade, enquanto o ambiente pode aumentar ou reduzir a probabilidade de que essa predisposição se manifeste.

Não existe um “culpado”

É importante mencionar que o TEA **não é culpa da família**. Infelizmente é comum que circulem boatos em vídeos de redes sociais culpando as famílias de maus cuidados, falta de demonstração de amor ou carinho. Isso não é verdade! Não existe nenhum estudo científico que associe cuidados familiares com o desenvolvimento do TEA.

Vacinas podem causar TEA?

A resposta é **não**! Nenhuma pesquisa científica séria encontrou relação entre vacinas e o TEA.

Esse mito surgiu em 1998, quando um médico inglês chamado Andrew Wakefield publicou na revista Lancet um estudo pequeno e cheio de **erros metodológicos**, que sugeria uma ligação entre a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e o TEA. Depois de alguns anos, a própria revista Lancet retratou o artigo (cancelou a publicação), e inclusive o médico responsável perdeu sua licença como médico por fraude científica.

Desde então, dezenas de estudos em diferentes países, com milhares de crianças, confirmaram a mesma conclusão: **vacinas não causam autismo**! Pelo contrário, elas protegem contra doenças graves que podem trazer sérias complicações para a criança.

O que a neurociência mostra, de forma consistente, é que o TEA tem origem no **neurodesenvolvimento precoce**, principalmente durante a **gestação e parto**, influenciado por fatores genéticos e ambientais, que atuam antes da idade em que as vacinas são aplicadas.

“Vacinar é um ato de cuidado e proteção. O TEA não surge por causa das vacinas. Deixar de vacinar expõe a criança a riscos reais e graves, como meningite, pneumonia e sarampo.”

É possível desenvolver TEA ao longo da vida?

Não! Como já mencionado, o TEA é uma condição do neurodesenvolvimento, ou seja, ele está presente desde a fase inicial da formação do cérebro.

Essa confusão no diagnóstico pode ocorrer por vários fatores, como por exemplo:

- **Diagnóstico tardio:** algumas pessoas só recebem o diagnóstico na adolescência ou na vida adulta, mas isso não significa que “desenvolveram” TEA depois. Na verdade, os sinais já estavam presentes desde a infância, mas eram sutis ou passaram despercebidos.
- **Confusão com outras condições:** ansiedade, depressão, TDAH, traumas ou até questões de personalidade podem gerar sinais parecidos e levar à impressão de que alguém “virou autista” na vida adulta. Mas, nesses casos, trata-se de outro quadro clínico, não de TEA.
- **Aumento da percepção:** em contextos de maior cobrança social (como no trabalho ou em relacionamentos), as características do TEA podem se tornar mais evidentes. Isso não é “aparecimento novo”, mas uma maior visibilidade do que já existia.

“O TEA não surge de repente na vida adulta. Ele acompanha a pessoa desde o início do desenvolvimento. O que muda é o momento em que o diagnóstico é feito e a forma como os sinais se manifestam ao longo das fases da vida.”

TEA é uma deficiência?

Do ponto de vista da saúde e da ciência, o **TEA não é uma doença**, mas sim uma forma diferente de o cérebro se organizar e se desenvolver. Contudo, na legislação brasileira, o TEA é reconhecido como deficiência apenas **para fins legais**. Isso significa que a pessoa com autismo é amparada pelas mesmas garantias previstas às pessoas

com deficiência, assegurando inclusão e acesso a recursos, independentemente da forma como o TEA se manifeste.

Prevalência do TEA

Prevalência é um termo usado em saúde para dizer quantas pessoas em um grupo têm uma determinada condição em um certo período de tempo. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, hoje 1 em cada 31 crianças de 8 anos tem diagnóstico de TEA. No Brasil, o Censo 2022 do IBGE identificou cerca de 2,4 milhões de pessoas com autismo.

Esse número vem crescendo nos últimos anos, mas isso não significa que existam mais crianças autistas do que antes. O que mudou foi a forma de identificar o TEA: hoje, o diagnóstico está mais preciso e acessível, o que permite reconhecer pessoas que antes passariam despercebidas.

Três fatores principais explicam esse aumento: primeiro, a ampliação dos **critérios diagnósticos** nos manuais, que passaram a incluir uma diversidade maior de características dentro do espectro. Em segundo lugar, o **maior acesso aos serviços de saúde**, que possibilita que as famílias cheguem mais cedo a médicos e especialistas, favorecendo o diagnóstico precoce. Por fim, a crescente **conscientização da sociedade** — com pais, professores e comunidades mais informados — tem facilitado a percepção dos sinais e a busca por avaliação.

A prevalência mostra um “retrato estatístico” daquele momento, e não uma verdade fixa. Mas esses números são importantes porque ajudam governos, profissionais e famílias a planejarem políticas públicas, tratamentos e formas de inclusão.

E a prevalência em relação ao sexo?

O diagnóstico de TEA é mais frequente em meninos do que em meninas. Estudos indicam que, em média, os **meninos têm cerca de três vezes** mais chances de **receber o diagnóstico**. Isso, porém, não significa necessariamente que exista uma diferença real na ocorrência entre os sexos. Uma das explicações é que os sinais podem se manifestar de maneiras distintas:

- Nos **meninos**, os comportamentos repetitivos e as dificuldades sociais costumam ser mais evidentes desde cedo, facilitando a identificação.
- Já nas **meninas**, os sinais aparecem de forma mais sutil. Muitas vezes elas desenvolvem estratégias de camuflagem, imitando comportamentos sociais de colegas para se adaptar, o que pode atrasar o diagnóstico. Essa diferença não significa que o autismo seja mais “leve” nas meninas, mas que ele pode ser menos perceptível. Como resultado, muitas mulheres recebem o diagnóstico apenas na adolescência ou na vida adulta, após anos enfrentando dificuldades sem compreender o motivo.

Reconhecer essas diferenças é essencial para que o olhar clínico seja mais sensível e para que meninas e mulheres também recebam o apoio necessário desde cedo.

Capítulo 4.



Níveis de apoio

O DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) traz uma classificação do TEA em **três níveis de apoio**. Essa divisão não tem como objetivo “rotular” ou “medir” a pessoa, mas sim ajudar os profissionais de saúde e da educação a planejar o suporte mais adequado para cada situação.

É importante lembrar que o nível de apoio não define quem a pessoa é, nem o que ela pode alcançar. Ele pode inclusive **variar ao longo da vida**, conforme a criança cresce, recebe estímulos adequados e desenvolve novas habilidades.

Nível 1: Requer apoio

Nesse nível, a pessoa apresenta relativa autonomia no dia a dia, mas encontra dificuldades principalmente nas interações sociais e em situações que exigem maior flexibilidade. É capaz de conversar, estudar ou trabalhar, mas pode enfrentar barreiras em contextos de maior complexidade, como manter amizades, lidar com mudanças inesperadas ou compreender nuances da comunicação.

Na **escola**, por exemplo, a criança costuma acompanhar o conteúdo acadêmico sem grandes dificuldades, mas pode sentir-se deslocada no recreio, preferindo brincar sozinha ou sempre com o mesmo colega.

Na **comunicação**, entende perguntas diretas como “Você quer água?”, mas pode se confundir diante de expressões metafóricas, ironias ou duplo sentido, como na frase “chutar o balde”.

Em casa, as mudanças na **rotina** podem gerar incômodo significativo. Um passeio cancelado de última hora, por exemplo, pode causar

frustração intensa. Já a previsibilidade, com explicações claras, ajuda a lidar melhor com essas situações.

Na **adolescência ou vida adulta**, muitas vezes demonstra bom desempenho em tarefas técnicas, mas encontra grande dificuldade em interações sociais mais complexas, como entrevistas, reuniões ou festas.

Nessas situações, o apoio adequado — seja por meio de orientações, ajustes ambientais ou compreensão do entorno — pode fazer diferença para garantir inclusão e bem-estar.

Nível 2: Requer apoio substancial

Neste caso, as dificuldades de comunicação e comportamento são mais evidentes. A pessoa pode ter um repertório limitado de fala, precisar de ajuda constante para organizar atividades diárias e demonstrar maior resistência a mudanças. Nesses contextos, a presença frequente de cuidadores, professores de apoio ou terapeutas torna-se fundamental para garantir participação e bem-estar.

Essas características podem ser percebidas de diferentes formas. Na **comunicação**, por exemplo, a criança pode usar apenas algumas palavras ou frases curtas, muitas vezes repetindo expressões já ouvidas. Pode dizer “água” quando está com sede, mas ter dificuldade em elaborar frases como “quero um copo de água gelada”.

Na **rotina escolar**, costuma depender de um professor auxiliar para seguir instruções, organizar o material e compreender a sequência das atividades; sem esse suporte, pode se perder ou ficar ansiosa.

Em relação ao **comportamento**, apresenta maior resistência a mudanças simples, como trocar de sala ou alterar a ordem de uma atividade — situações que podem gerar crises de choro ou agitação.

No ambiente doméstico, pode precisar de supervisão para tarefas básicas, como escovar os dentes ou se vestir, conseguindo realizar parte da ação sozinha, mas ainda necessitando da ajuda de um adulto para completar.

Na **interação social**, tende a buscar contato apenas com pessoas muito próximas, como pais, irmãos ou um colega específico, mas encontra dificuldade em manter uma conversa fluida ou participar de brincadeiras em grupo sem mediação.

Apesar dos desafios, com apoio contínuo e estratégias individualizadas, a pessoa no nível 2 pode desenvolver autonomia em várias áreas, aprender novas formas de comunicação e participar de contextos sociais e escolares com maior segurança.

Nível 3: Requer apoio muito substancial

Nesse nível, os desafios são mais intensos. A comunicação pode ser mínima ou ausente, os comportamentos repetitivos costumam ser marcantes e a autonomia bastante limitada. A pessoa precisa de acompanhamento contínuo em quase todas as atividades da vida diária, além de estratégias especializadas de intervenção. Ainda assim, é essencial valorizar suas formas de expressão e reconhecer que, mesmo com grandes necessidades de apoio, cada avanço tem enorme significado.

Na **comunicação**, muitas vezes a criança não utiliza palavras, mas expressa vontades por meio de gestos, sons, choros ou levando a mão do adulto até o objeto desejado. Em alguns casos, pode usar recursos alternativos, como pranchas de figuras ou aplicativos de comunicação.

Quanto à **autonomia**, atividades simples como se alimentar, vestir-se ou usar o banheiro geralmente requerem supervisão constante ou ajuda direta de um adulto.

No **comportamento**, são frequentes movimentos repetitivos mais intensos, como balançar o corpo por longos períodos, bater objetos ou girar rodinhas sem parar; pequenas mudanças de rotina, como alterar o caminho até a escola, podem desencadear crises significativas.

No **contexto escolar**, a participação só é possível com adaptações amplas e apoio individualizado. Em muitos casos, a criança necessita de um mediador em tempo integral e de atividades ajustadas em ritmo, forma e conteúdo.

Na **interação social**, pode haver pouco interesse em contatos espontâneos, mas vínculos profundos podem se desenvolver com familiares ou cuidadores próximos. Isso não significa ausência de sentimentos, e sim uma forma distinta de expressá-los. Gestos simples, como um sorriso, um olhar ou o ato de se sentar ao lado de alguém, já podem carregar grande significado e representar conexões muito valiosas.

Cada conquista nesse nível, como aprender a usar um cartão para pedir água, aceitar um novo alimento ou tolerar pequenas mudanças de rotina, é um passo importante e deve ser celebrada. Esses avanços, ainda que pareçam pequenos aos olhos externos, têm grande impacto na qualidade de vida da criança e de toda a família.

Importante: Os níveis de apoio não determinam o futuro da criança. Eles apenas orientam a intensidade do suporte no momento do diagnóstico. Com o tempo, esse nível pode mudar. O mais importante é que cada pessoa com TEA receba respeito, estímulos adequados e oportunidades de desenvolver suas habilidades no seu próprio ritmo.

Se o TEA não é doença, por que precisa de diagnóstico e apoio?

O diagnóstico do TEA não serve para rotular, mas para **compreender**. Nosso mundo foi projetado para beneficiar determinados comportamentos e padrões. Pessoas que têm formas diferentes de perceber, se comunicar ou interagir podem sentir dificuldades de se “encaixar” nesses padrões, o que muitas vezes gera sofrimento.

A intenção do diagnóstico não é “curar” a pessoa com TEA, nem a forçar a se ajustar aos padrões da maioria. O objetivo é oferecer suporte para que ela se sinta confortável, tenha autonomia e possa se desenvolver da melhor forma possível.

Sem essa identificação, a pessoa pode enfrentar **barreiras desnecessárias**, falta de compreensão e ausência de direitos que poderiam ser garantidos. O diagnóstico ajuda a família, a sociedade e os profissionais a reconhecerem que certos comportamentos e formas de pensar fazem parte do espectro autista — não são preguiça, birra ou falta de educação.

Capítulo 5.



Como identificar sinais precoces

A Sociedade Brasileira de Pediatria e a Academia Americana de Pediatria recomendam que todos os bebês sejam rastreados para sinais de TEA aos 18 e 24 meses, garantindo a assistência necessária o mais cedo possível.

Contudo, nem sempre é fácil perceber os primeiros sinais, principalmente pela diversidade de manifestações dentro do espectro. Cada criança se desenvolve em seu próprio ritmo, e pequenas variações são naturais. Por isso, é essencial diferenciar sinais de alerta de um diagnóstico confirmado.

Marcos do neurodesenvolvimento

Logo após o nascimento, as crianças passam por conquistas chamadas “marcos do desenvolvimento”, relacionadas à maturação cerebral. Por exemplo, sentar-se sem apoio costuma acontecer por volta dos 6 meses, mas pode variar até os 8 meses. As primeiras palavras geralmente surgem por volta de 12 meses e, entre 18 meses e 2 anos, aparecem as primeiras frases simples, como “quero água”.

Esses marcos funcionam como pontos de referência: quando há atrasos persistentes, podem indicar a necessidade de avaliação profissional, mas não são, por si só, diagnósticos.

Sinais de alerta

Alguns exemplos de sinais que merecem atenção:

- Não se sentar com apoio até os 9 meses.
- Ausência de balbúcio ou gestos simples (apontar, dar tchau) até os 12 meses.

- Não falar nenhuma palavra significativa aos 18 meses.
- Não formar frases simples até os 3 anos.

Principais sinais do TEA

O TEA costuma se manifestar em **quatro áreas principais**:

1. Comunicação e linguagem

Alterações na fala e na comunicação social são comuns. Podem incluir atraso na aquisição da fala, dificuldade em usar gestos simples ou ausência de resposta ao ser chamado pelo nome.

Também é comum a presença de **ecolalia**, que é a repetição automática de palavras, frases ou sons que a criança ouviu de outra pessoa ou de alguma fonte externa (como desenhos animados ou músicas). Essa repetição pode acontecer imediatamente após ouvir a fala (“Quer água?” — e a criança repete “quer água?”), ou de forma tardia, horas ou dias depois, inclusive fora do contexto.

Muitas crianças recorrem a formas alternativas de se expressar, como cartões, figuras, gestos ou aplicativos de comunicação. Ao mesmo tempo, algumas desenvolvem vocabulário avançado em temas de interesse específico, como dinossauros ou planetas, demonstrando memória e atenção diferenciadas.

Outro ponto é a dificuldade em compreender linguagem não literal. Expressões como “pisar na bola” ou “ficar de cabelo em pé” podem ser entendidas de forma literal, e ironias ou sarcasmos podem passar despercebidos, dificultando interações sociais mais complexas.

2. Interação social

Os sinais podem incluir pouco contato visual, dificuldade em compartilhar interesses espontaneamente, preferência por brincar sozinho ou com a mesma criança, menor resposta às emoções alheias e dificuldades em brincadeiras de faz de conta. Esses desafios não significam ausência de afeto: muitas crianças com TEA constroem

vínculos profundos e autênticos quando se sentem seguras, mostrando espontaneidade e grande apego às pessoas de confiança. Atividades em pequenos grupos ou jogos estruturados podem favorecer a socialização e ampliar gradualmente essas habilidades.

3. Comportamentos repetitivos e interesses restritos

É comum apresentar movimentos repetitivos, como balançar as mãos, bater os pés no chão, girar objetos ou andar em círculos. Também pode haver apego intenso a rotinas, como precisar sempre do mesmo caminho até a escola ou de uma ordem fixa para as atividades do dia. Mudanças mínimas, como trocar a posição dos móveis ou servir a comida em um prato diferente, podem gerar grande desconforto.

Os interesses restritos são frequentes e podem variar: desde dinossauros, aviões ou planetas até placas de trânsito, mapas ou personagens específicos. Outra característica é alinhar objetos de maneira rígida, como carrinhos, lápis ou peças de montar, e se frustrar se alguém mexe nessa organização.

4. Alterações sensoriais

Muitas crianças com TEA apresentam hipersensibilidade a sons, luzes, cheiros ou texturas, enquanto outras buscam estímulos de forma exagerada (cheirando objetos, tocando superfícies diversas). Também é comum a seletividade alimentar, baseada em cor, textura ou consistência dos alimentos.

Por outro lado, essa percepção diferenciada pode se transformar em talento: atenção aguçada a detalhes visuais, memória auditiva excepcional ou sensibilidade musical podem ser exploradas como pontos fortes.

Avaliação precoce

É importante destacar que:

- Nem todas as crianças apresentam todos os sinais.
- A intensidade e a combinação variam muito.

- Apenas profissionais especializados podem confirmar o diagnóstico.

Quanto mais cedo o TEA é identificado, mais cedo podem ser oferecidas intervenções que favoreçam o desenvolvimento. Observar sinais não deve gerar pânico, mas sim orientar para atenção e cuidado.

Sinais de alerta x diagnóstico

- **Sinais de alerta:** comportamentos ou atrasos que levantam a hipótese de TEA e indicam a necessidade de avaliação.
- **Diagnóstico:** processo feito por pediatras, neuropediatras, psiquiatras infantis ou psicólogos, baseado em entrevistas, observações clínicas e instrumentos padronizados, muitas vezes com apoio multiprofissional.

“Os sinais de alerta levantam a hipótese; o diagnóstico confirma (ou descarta) essa hipótese.”

Altas Habilidades x Déficit Cognitivo

Em alguns casos, a pessoa com TEA pode apresentar **altas habilidades**, ou seja, ter um talento especial em áreas como música, matemática, memória ou artes. Isso não acontece sempre, mas quando está presente pode ser uma grande força, ajudando a valorizar e estimular o potencial da pessoa.

Por outro lado, também existem situações em que o TEA vem acompanhado de **déficit cognitivo**, que pode dificultar a aprendizagem, a comunicação e a autonomia no dia a dia. Nesses casos, a pessoa pode precisar de mais apoio em casa, na escola e em outros ambientes.

Assim, cada indivíduo no espectro é único: alguns terão facilidades em certas áreas, outros precisarão de mais suporte, mas todos merecem compreensão e inclusão.

Capítulo 6.

O processo diagnóstico

O diagnóstico do TEA deve ser feito por profissionais de saúde capacitados em desenvolvimento infantil, como médico pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil ou psicólogos especializados em avaliação do desenvolvimento.

Não existe um exame de sangue ou de imagem que “mostre” o TEA. O diagnóstico é sempre **clínico**, ou seja, baseado em observação e entrevistas realizadas pelos especialistas. Normalmente o processo de diagnóstico é longo, e segue algumas etapas que serão detalhas a seguir.

Etapas da avaliação

1. Anamnese (entrevista com os responsáveis)

Normalmente a primeira consulta é realizada por um profissional **pediatra**, **neuropediatra** ou **psiquiatra infantil**. Nessa consulta, o especialista irá conversar com a família sobre a gestação, parto, histórico de saúde, marcos do desenvolvimento (quando começou a sentar-se, andar, falar etc.), assim como questões do dia a dia, como a criança se relaciona com a família ou com estranhos, quais sinais observados e como é a rotina da criança.

2. Observação clínica

Em um segundo momento, o especialista irá observar diretamente a criança em diferentes situações, avaliando sua comunicação, interação social ou comportamentos repetitivos. Muitas vezes essa consulta já permite perceber sinais importantes, mas em alguns casos, especialmente quando os sinais são mais “sutis”, o diagnóstico pode levar mais tempo.

3. Testes padronizados

Em alguns casos, os profissionais podem utilizar instrumentos padronizados, como o **ADOS**, o **CARS** ou o **M-CHAT**. Esses recursos não são invasivos nem oferecem riscos à criança. Na prática, consistem em questionários respondidos pela família e observações feitas pelos próprios profissionais de saúde, que ajudam a organizar e sistematizar as informações coletadas.

É importante destacar que **nenhum desses instrumentos, isoladamente, confirma ou descarta o diagnóstico**. Eles são ferramentas de apoio, que orientam o especialista, mas sempre precisam ser interpretados junto ao olhar clínico e à avaliação global do desenvolvimento da criança.

Principais instrumentos usados na avaliação do TEA

- **M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers):** este é um questionário de triagem aplicado, em geral, entre 16 e 30 meses de idade. Ele é respondido pelos pais ou cuidadores e serve para identificar sinais precoces que sugerem risco de TEA. Importante: o M-CHAT não “fecha” o diagnóstico, apenas indica se é necessário investigar mais.
- **CARS (Childhood Autism Rating Scale):** é uma escala de avaliação comportamental usada por profissionais de saúde. Analisa aspectos como interação social, linguagem, uso do corpo e adaptação a mudanças. A CARS ajuda a classificar a intensidade dos sinais do espectro.
- **ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule):** considerado um dos instrumentos mais completos e confiáveis para avaliação do TEA. O ADOS envolve situações práticas e estruturadas em que o profissional observa como a criança ou adulto se comunica, interage e se comporta. Existem diferentes módulos, escolhidos de acordo com a idade e nível de linguagem da pessoa.

4. Avaliação multiprofissional

Além do pediatra, neuropediatra ou psiquiatra infantil, outros profissionais auxiliam no diagnóstico. O **psicólogo**, por exemplo, contribui com a avaliação do

desenvolvimento, cognição e comportamento. Em casos de atraso ou dificuldades na fala, o **fonoaudiólogo** pode analisar a linguagem e a comunicação. Já o **terapeuta ocupacional** ajuda a compreender aspectos motores, sensoriais e de autonomia no dia a dia. Em algumas situações, também podem participar o **pedagogo ou psicopedagogo**, para observar a aprendizagem no contexto escolar, e o **assistente social**, que auxilia a família no acesso a direitos e recursos. Nem todas as crianças precisarão passar por todos esses profissionais, mas cada olhar acrescenta informações importantes para que a equipe chegue a uma compreensão mais completa e cuidadosa.

O que esperar da consulta?

Muitos pais ou familiares ficam apreensivos em como será a primeira consulta, o que esperar ou como se preparar para ela. Essa consulta inicial costuma ser bem longa. Inicialmente, o profissional vai ouvir atentamente a história da criança, pedir exemplos concretos e observar o comportamento durante o atendimento.

Para se preparar para essa consulta inicial, você pode registrar informações importantes do dia a dia, que enriquecem a conversa permitindo um diagnóstico mais preciso. Registre exemplos práticos, como, por exemplo, questões alimentares, quais alimentos ela come ou que tem intolerância, se ela consegue interagir bem (e com quem) ou se há dificuldades em determinadas situações.

É comum que a família receba questionários para preencher sobre o desenvolvimento. Em alguns casos, o diagnóstico pode ser dado logo; em outros, o profissional pode pedir mais encontros ou avaliações complementares antes de concluir.

Ao final da consulta, a família deve receber **orientações claras** sobre os próximos passos, como encaminhamentos para terapias ou acompanhamento regular.

Capítulo 7.



Manejo no dia a dia

Conviver com o TEA pode trazer desafios, mas pequenas adaptações no cotidiano fazem grande diferença para o bem-estar da criança e de toda a família.

Em casa, estratégias simples ajudam a tornar a **rotina mais previsível** e tranquila. Avisar a criança com antecedência sobre compromissos (como uma consulta médica ou uma viagem) usando um calendário ou quadro visual, diminui a ansiedade. Combinados claros, como “primeiro tomar banho, depois brincar”, facilitam a compreensão da sequência das atividades. **Valorizar cada conquista**, seja vestir-se sozinha ou experimentar um alimento novo, fortalece a confiança e a segurança. O reforço positivo, por meio de elogios ou pequenas recompensas, costuma ser mais eficaz do que chamar a atenção pelo erro e ainda estreita o vínculo afetivo.

A **regularidade** também é um recurso importante. Horários estáveis para sono, alimentação e brincadeiras reduzem a imprevisibilidade. Um jantar servido sempre no mesmo horário e de forma semelhante ajuda a criança a antecipar o que virá. Quadros visuais com imagens ou fotos das atividades do dia (como o horário de acordar, escovar os dentes, brincar, comer, dormir) funcionam como guias concretos. Quando mudanças são inevitáveis, como uma visita no fim de semana, é fundamental avisar com antecedência prepara a criança para lidar melhor com a novidade.

A comunicação não precisa se restringir à fala. Recursos visuais como pictogramas, cartões de escolha ou aplicativos, aliados a gestos simples, tornam as interações mais acessíveis e diminuem frustrações. Perguntar “quer brincar de bola ou de desenho?”, mostrando cartões com imagens, permite que a criança faça escolhas mesmo sem usar palavras. Frases curtas e diretas, como “vamos guardar os brinquedos agora”,

transmitem a mensagem de forma mais clara que explicações longas. E cada tentativa de comunicação deve ser valorizada, mostrando que se expressar, de qualquer forma, é sempre positivo.

O que fazer em um momento de crise?

Em alguns momentos, podem ocorrer crises de choro intenso, agitação ou comportamentos repetitivos mais fortes. Nesses casos, é essencial que os adultos mantenham a calma e transmitam segurança. Sempre que possível, a criança deve ser levada para um **ambiente mais silencioso** e com **menos estímulos**. Gritos e punições tendem a agravar a crise, enquanto a paciência e o acolhimento ajudam a acalmar. Após o momento mais intenso, é recomendável retomar o contato de forma tranquila, sem pressa, oferecendo afeto e continuidade à rotina.

O manejo do dia a dia com o TEA exige dedicação, mas também traz oportunidades de crescimento conjunto. Com organização, paciência e estratégias simples, a família pode criar um ambiente em que a criança se sinta segura para aprender, se expressar e se desenvolver plenamente.

Seletividade alimentar no TEA

Muitas crianças com TEA apresentam seletividade alimentar, ou seja, uma preferência muito restrita por determinados alimentos, texturas, cores ou formas de preparo. Por exemplo, podem aceitar apenas macarrão de um tipo específico, comer sempre o mesmo sabor de iogurte ou recusar qualquer fruta que não esteja cortada de determinada forma. Também é comum que rejeitem alimentos com texturas diferentes, como purês, ou que se recusem a experimentar novos pratos, aceitando apenas um pequeno grupo de comidas. Essa dificuldade não está ligada à “frescura” ou falta de educação, mas sim a questões sensoriais e de regulação que fazem parte do espectro.

A seletividade pode preocupar porque, em alguns casos, leva a **desequilíbrios nutricionais**. Por isso, é importante olhar para a alimentação com paciência e estratégia. Algumas formas de ajudar incluem introduzir alimentos novos de forma gradual, começando por pequenas quantidades ao lado dos já aceitos, e oferecer a comida repetidamente em diferentes contextos, sem pressão para comer de imediato. A repetição aumenta a familiaridade e pode reduzir a rejeição.

Outra estratégia é brincar com apresentações visuais diferentes, como variar o formato, o corte ou a cor do prato. Envolver a criança no preparo da refeição também pode despertar curiosidade e aumentar a aceitação.

Em muitos casos, o acompanhamento com **nutricionistas** e **terapeutas ocupacionais** é fundamental, pois eles trabalham tanto o aspecto nutricional quanto às questões sensoriais relacionadas à alimentação.

Acima de tudo, é importante evitar transformar a refeição em um campo de batalha. Forçar a criança a comer pode aumentar a aversão e dificultar ainda mais o processo. O caminho é de paciência, repetição e criatividade, respeitando o ritmo da criança e celebrando cada pequena conquista.

Capítulo 8.



Intervenções baseadas em evidências

Existem diferentes formas de apoiar o desenvolvimento de uma criança com TEA, mas nem todas contam com comprovação científica. Por isso, é fundamental priorizar as intervenções baseadas em evidências, ou seja, aquelas que foram testadas em pesquisas sérias e demonstraram benefícios reais para a comunicação, a autonomia e a qualidade de vida.

A **Análise do Comportamento Aplicada (ABA)** é uma das abordagens mais reconhecidas. Seu foco está na aquisição de habilidades por meio do **reforço positivo**. Na prática, isso significa que, quando a criança pede água usando palavras, gestos ou cartões, o terapeuta reforça esse comportamento elogiando ou entregando a água. Assim, a criança aprende que se comunicar traz resultados concretos, o que aumenta sua motivação para repetir a ação.

Outro recurso bastante utilizado é o **Modelo Denver**, especialmente indicado para crianças pequenas. Ele combina estratégias comportamentais e de desenvolvimento em atividades lúdicas. Em uma brincadeira de empilhar blocos, por exemplo, o terapeuta aproveita a situação para estimular contato visual, promover turnos de fala e incentivar a interação social. Dessa forma, a aprendizagem ocorre em um ambiente prazeroso, sem perder o rigor científico da intervenção.

A **fonoaudiologia** também desempenha papel essencial no estímulo da linguagem e da comunicação. Durante as sessões, o fonoaudiólogo pode usar jogos com figuras para incentivar a criança a nomear objetos, praticar pronúncia e ampliar vocabulário. Esse trabalho contribui para que a comunicação se torne cada vez mais funcional, facilitando a interação com familiares, professores e colegas.

Já a **terapia ocupacional** tem como foco a autonomia, as habilidades motoras e a integração sensorial. O terapeuta pode, por exemplo,

ensinar a vestir uma camiseta ou a segurar talheres de forma adaptada, utilizando utensílios adequados ou texturas diferentes. Esses ajustes tornam as tarefas mais acessíveis e permitem que a criança conquiste independência no seu dia a dia, o que aumenta tanto sua autoconfiança quanto a tranquilidade da família.

O **pedagogo** ou **psicopedagogo** também pode ter um papel importante no processo de intervenção. Esses profissionais ajudam a criar estratégias para que a criança com TEA aprenda de forma mais eficaz na escola e em casa. Eles podem adaptar atividades, propor recursos visuais, dividir tarefas em etapas menores e orientar professores e familiares sobre como favorecer a aprendizagem. O objetivo é garantir que a criança tenha acesso ao conhecimento de acordo com suas necessidades, valorizando suas potencialidades e reduzindo as barreiras no processo educativo.

Ao escolher um tratamento, a família deve observar alguns pontos. Profissionais sérios costumam trabalhar com **planos individualizados**, adaptados à realidade de cada criança, e registram de forma clara os objetivos e progressos. Também é importante que haja **comunicação constante com a família e com a escola**, de modo que as estratégias possam ser aplicadas em diferentes contextos.



Atenção!

Abordagens que prometem **resultados rápidos ou milagrosos devem ser vistas com cautela**. O progresso no TEA costuma ser gradual, e a consistência é muito mais importante do que a velocidade.

Muitas vezes, ao receber o diagnóstico de TEA, a família passa por um momento de ansiedade e insegurança. É justamente nessa fase de vulnerabilidade que podem surgir profissionais ou clínicas oferecendo

técnicas, exames e terapias sem qualquer comprovação científica. Infelizmente, algumas famílias acabam investindo grandes quantias de dinheiro em promessas de resultados rápidos ou até de “cura”, chegando a contrair dívidas e perder bens sem ver melhora na criança.

Além de não trazer benefícios, essas intervenções enganosas podem colocar a saúde em risco. Dietas radicais, medicamentos sem indicação médica ou métodos milagrosos não apenas deixam de ajudar, como podem prejudicar o desenvolvimento. Por isso, antes de iniciar qualquer tratamento, é essencial contar com a orientação de profissionais qualificados e verificar se existem evidências científicas sólidas que sustentem a prática.

Investir apenas em abordagens comprovadas não significa limitar as possibilidades, mas sim garantir que a criança tenha acesso ao que realmente pode favorecer seu desenvolvimento, oferecendo **segurança** e respeitando suas necessidades individuais.

Capítulo 9.

Escola e aprendizagem

O acesso à educação é reconhecido internacionalmente como um direito de toda criança, sendo a escola um dos espaços mais importantes para o desenvolvimento infantil. É nela que acontecem muitas experiências sociais, cognitivas e emocionais. Por isso, a inclusão escolar não é apenas um **direito**, mas também uma **necessidade para o crescimento saudável**, inclusive de pessoas com TEA.

No Brasil, a legislação garante às crianças com necessidades especiais – incluindo o autismo –, o direito à educação inclusiva em escolas regulares. A Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e a Política Nacional de Educação Especial reforçam a obrigatoriedade da matrícula e a oferta de recursos e apoios necessários para o aprendizado. Internacionalmente, convenções como a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência também asseguram esses mesmos princípios de inclusão e igualdade.

Para que a criança com TEA aprenda de forma significativa, muitas vezes são necessárias adaptações escolares. Essas adaptações podem envolver desde ajustes simples, como instruções mais objetivas e apoio visual nas atividades, até recursos mais estruturados, como a presença de um mediador ou professor de apoio. Estratégias como o uso de agendas visuais, tempo extra para realização de tarefas, ambiente com menos distrações e atividades personalizadas ajudam a reduzir barreiras e favorecem a participação da criança no cotidiano escolar.

Para garantir o bem-estar e bom aproveitamento pela criança, é fundamental que ocorra diálogo entre família e a escola. Professores e gestores precisam conhecer as particularidades da criança, e os pais podem contribuir compartilhando informações sobre os interesses, dificuldades e estratégias que funcionam em casa. Reuniões regulares e

comunicação aberta ajudam a alinhar expectativas e a construir um plano de ensino mais adequado. A parceria respeitosa, em que todos buscam o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar e o desenvolvimento da criança, torna a inclusão uma realidade concreta e positiva.

Existem algumas adaptações que podem ser aplicadas na escola, conforme a necessidade de cada estudante com TEA. Uma delas é relacionada ao **ambiente**: oferecer um local mais silencioso para atividades que exigem concentração ou para momentos de regulação emocional. Por exemplo, se a sala de aula estiver muito barulhenta, o professor pode levar a criança para concluir a atividade em uma sala de leitura ou na biblioteca, permitindo que se reorganize antes de retornar ao grupo.

A **comunicação** também é um ponto essencial. Usar instruções curtas, claras e, sempre que possível, com apoio visual (figuras, pictogramas ou esquemas) facilita a compreensão. Em vez de dizer “terminem a lição e guardem tudo para depois irmos ao recreio”, o professor pode mostrar uma sequência de imagens:

lápiz → caderno → mochila → recreio

Outra estratégia eficaz é a organização da **rotina**, apresentando horários e sequências de atividades em quadros visuais ou agendas ilustradas. Fixar na parede um quadro com desenhos representando cada momento do dia — como círculo do bom dia, matemática, lanche, recreio e artes — ajuda a dar previsibilidade e a diminuir a ansiedade.

As **avaliações** também podem ser adaptadas, reduzindo o número de questões, oferecendo mais tempo ou aceitando respostas orais em vez de escritas. Por exemplo, em uma prova de matemática com 20 questões, o aluno pode responder 10, com tempo extra, ou dar as respostas oralmente para o professor registrar.

No caso das **atividades**, é útil dividi-las em etapas menores, evitando sobrecarga e facilitando a compreensão. Em vez de pedir “escreva um

texto de uma página”, o professor pode propor etapas: 1) escolha o tema, 2) escreva três frases, 3) amplie para um parágrafo, até chegar ao texto final.

A **socialização** pode ser estimulada com brincadeiras estruturadas em pequenos grupos, que favorecem a interação gradual. Durante o recreio, por exemplo, pode-se propor um jogo de tabuleiro em dupla ou trio, em vez de inserir a criança diretamente em um grande grupo, o que reduz frustrações e aumenta as chances de participação.

Para lidar com a **sensibilidade sensorial**, é importante permitir o uso de fones abafadores, objetos de apoio (como brinquedos sensoriais) ou intervalos em ambientes mais calmos.

Por fim, em alguns casos pode ser necessária a **mediação**, com o apoio de um professor auxiliar ou mediador. Esse profissional pode ajudar a criança a copiar a lousa no seu próprio ritmo, organizar o material ou traduzir instruções complexas em passos mais simples, facilitando a participação nas atividades escolares.

Como lidar com crises na escola?

Uma das maiores preocupações dos pais ao levar seus filhos para a escola é imaginar como a equipe reagirá caso aconteça uma crise. Esse medo é legítimo, porque ninguém quer ver a criança sofrer ou ser mal interpretada. É importante lembrar que as crises fazem parte da realidade de muitas crianças com TEA e não significam desobediência ou falta de limites. Elas geralmente surgem diante de uma sobrecarga: excesso de estímulos, frustração, mudanças inesperadas ou dificuldades de comunicação.

Nessas situações, o mais importante é que a equipe escolar mantenha a calma e transmita segurança. A criança não está “fazendo birra”, mas sim tentando lidar com algo que não consegue controlar sozinha. O professor pode ajudar reduzindo estímulos, diminuindo barulho,

afastando colegas e, se possível, levando a criança para um ambiente mais tranquilo. Gritos, punições ou tentativas de forçar a criança a parar só aumentam a intensidade da crise. Já uma postura acolhedora, um tom de voz baixo e a presença de um adulto de confiança favorecem a autorregulação.

Depois que a crise passa, é hora de acolher a criança, retomar a rotina de forma gradual e refletir, junto com a equipe e a família, sobre os possíveis gatilhos daquele episódio. Assim, além de lidar com o momento imediato, a escola contribui para prevenir novas ocorrências e fortalece a confiança da criança e dos pais.

A **adaptação escolar** de uma criança com TEA costuma ser mais eficaz quando conta com o apoio de uma **equipe multidisciplinar**. Além do professor e da coordenação pedagógica, outros profissionais podem contribuir de forma significativa nesse processo.

O **fonoaudiólogo**, por exemplo, pode orientar estratégias para favorecer a comunicação em sala de aula; o **terapeuta ocupacional** ajuda a pensar em ajustes que reduzam a sobrecarga sensorial e aumentem a autonomia; o **psicólogo** ou **psicopedagogo** pode sugerir formas de organizar atividades e mediar dificuldades de comportamento ou aprendizagem. Quando a escola mantém um diálogo aberto com esses profissionais, em parceria com a família, consegue construir adaptações mais realistas, coerentes e personalizadas, que beneficiam não apenas a criança com TEA, mas toda a comunidade escolar.

E se meu filho não se adaptar ao ambiente escolar?

Em alguns casos, a adaptação escolar pode ser mais difícil. Crianças com TEA que apresentam necessidades de apoio muito intensas podem encontrar barreiras maiores em escolas regulares, especialmente quando a instituição não dispõe de recursos ou não está preparada para promover a inclusão de forma adequada. Isso, porém, não significa que

a criança não possa frequentar uma escola comum. Pelo contrário, **a legislação brasileira garante esse direito a todos.**

A ida para instituições especializadas, como a APAE, geralmente acontece quando a família, junto da equipe de saúde e da própria escola, entende que naquele momento o ambiente especializado pode oferecer um suporte mais adequado ao desenvolvimento da criança. Mesmo assim, é importante destacar que a APAE e outras instituições semelhantes não substituem a escola regular, mas funcionam como **complemento**, oferecendo estimulação, terapias e apoio educacional. Sempre que possível, o ideal é buscar que a criança esteja integrada à escola comum, com as adaptações necessárias, e que o atendimento especializado venha como suporte adicional, e não como exclusão da convivência escolar.

Capítulo 10.



Rede de apoio

O cuidado de uma criança com TEA não é responsabilidade de uma única pessoa. Quanto maior a rede de apoio, mais leve se torna o dia a dia da família. A presença da família extensa, da escola e dos amigos pode oferecer suporte emocional, dividir responsabilidades e garantir que a criança cresça em um ambiente mais acolhedor e seguro. Avós, tios, primos e vizinhos, quando bem-informados, tornam-se aliados importantes, ajudando a reduzir a sobrecarga dos pais e oferecendo diferentes experiências de convivência.

Explicar o TEA para irmãos, avós e colegas é um passo essencial para promover compreensão e aceitação. Com as crianças, é possível usar exemplos simples, como dizer que cada cérebro funciona de um jeito, e que o irmão ou amigo pode precisar de mais ajuda para se comunicar ou para lidar com mudanças. Para os avós e outros adultos, é importante reforçar que o TEA não é culpa de ninguém, não é uma “doença”, não é “contagioso” e não significa falta de afeto, mas sim uma forma diferente de se desenvolver e de perceber o mundo. Esse diálogo aberto diminui preconceitos e fortalece laços familiares e sociais.

Além disso, buscar contato com grupos de famílias e associações pode fortalecer os pais, já que compartilhar experiências reduz a sensação de isolamento e mostra caminhos práticos de enfrentamento.

Construir um ambiente inclusivo envolve mais do que adaptar a rotina da criança: significa criar espaços em que ela se sinta respeitada, acolhida e valorizada. Na escola, isso passa por professores preparados e colegas informados. Em casa, envolve paciência, clareza nas regras e incentivo às potencialidades. Entre amigos e na comunidade, é a oportunidade de mostrar que diversidade não é limitação, mas uma forma de enriquecer os relacionamentos. Quanto mais pessoas

compreenderem o TEA, mais natural será a convivência e maior será o espaço para que a criança se desenvolva plenamente.

Capítulo 11.



Como lidar com o preconceito?

Infelizmente, ainda existe muito desconhecimento sobre o TEA, o que pode gerar atitudes de preconceito ou discriminação. Comentários como “ele é mal-educado” ou “ela faz birra” refletem a **falta de informação** sobre o que realmente acontece. Nessas situações, é importante que a família mantenha a serenidade e escolha como agir de acordo com o contexto. Em alguns momentos, pode ser útil explicar brevemente que a criança tem autismo e que certos comportamentos fazem parte da sua forma de se expressar. Em outros, quando não há abertura para diálogo, a melhor escolha pode ser simplesmente não se desgastar.

Proteger a **autoestima** da criança é fundamental. Sempre que possível, valorize suas conquistas diante de terceiros e **evite expô-la** a situações em que possa ser alvo de constrangimento. A rede de apoio, como professores, amigos e familiares, também tem papel essencial em ajudar a combater preconceitos, mostrando, pelo exemplo, que inclusão se faz com **respeito e acolhimento**.

O preconceito nunca deve ser naturalizado, mas também não pode paralisar. Com informação, diálogo e apoio, é possível transformar situações de discriminação em oportunidades de conscientização e, ao mesmo tempo, fortalecer a criança para que cresça sabendo que é valorizada pelo que é.

Aspectos legais em relação ao preconceito

De acordo com a legislação brasileira, qualquer ato de discriminação pode ser **denunciado e punido**. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) proíbe toda forma de discriminação em razão da deficiência. Isso inclui recusa de matrícula em escolas, tratamento desigual em serviços de saúde, exclusão em

atividades sociais e até comentários ofensivos. Atos de preconceito podem ser denunciados ao **Ministério Público**, às **Defensorias Públicas**, às delegacias especializadas ou por meio do **Disque 100** (Direitos Humanos).

Capítulo 12.

Aspectos legais sobre o TEA

No Brasil, o marco principal legal sobre TEA é a Lei nº 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Essa lei estabelece que a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, garantindo acesso a políticas de inclusão, saúde, educação e assistência social.

Outro avanço importante foi a Lei nº 13.146/2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), que proíbe qualquer forma de discriminação e assegura igualdade de oportunidades. Isso significa que negar matrícula em escola, excluir de atividades ou negar atendimento adequado em saúde são práticas ilegais e passíveis de denúncia.

Em 2020, foi sancionada a Lei Romeo Mion (Lei nº 13.977/2020), que instituiu a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA). Esse documento garante acesso prioritário em serviços públicos e privados, como atendimento em saúde, bancos, transportes e outros estabelecimentos.

Além das leis nacionais, o Brasil é signatário da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que reforça o direito à inclusão social e à participação plena em todas as esferas da vida.

Em resumo, as pessoas com TEA e suas famílias têm direitos assegurados por lei, como:

- Acesso à educação inclusiva, com adaptações necessárias.
- Atendimento preferencial em serviços públicos e privados.
- Acesso a serviços de saúde, terapias e medicamentos pelo SUS.
- Inclusão no mercado de trabalho, com reserva de vagas em concursos e empresas de médio e grande porte.
- Proteção contra discriminação em qualquer espaço.

Conhecer essas leis é fundamental para que as famílias saibam quando e como reivindicar seus direitos, garantindo à criança com TEA não apenas o acesso aos serviços, mas também o respeito e a dignidade que lhe são devidos.

Imposto de Renda e direitos da pessoa com TEA

O TEA não gera isenção automática de Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). A isenção prevista na Lei 7.713/1988 alcança apenas doenças específicas (as chamadas “moléstias graves”), e o TEA não integra essa lista. Existem projetos de lei que pretendem estender a isenção a pessoas com TEA, mas ainda não foram aprovados em âmbito federal no momento da publicação de ebook.

Mesmo sem isenção automática, há pontos importantes para a família observar:

- Todas as despesas médicas são dedutíveis integralmente. Podem ser abatidas da base de cálculo do IRPF despesas com médicos, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, dentistas, exames, hospitais e internações, desde que comprovadas por recibos/notas fiscais e emitidas por profissionais/estabelecimentos de saúde habilitados (com registro em conselho profissional e CNPJ/CPF na documentação).
- Intervenções como ABA costumam ser dedutíveis quando prestadas por profissionais de saúde habilitados (por exemplo, psicólogo/terapeuta ocupacional) e corretamente documentadas.
- Gastos classificados como “educacionais” (mensalidades escolares/cursos) não entram como despesas médicas, mas seguem as regras de educação, com teto anual e natureza distinta.
- Não há dedução adicional ao cadastrar uma pessoa com TEA na modalidade de dependente com deficiência. Nesse caso, aplica-se a dedução padrão de dependente.
- Para garantir seus direitos ou de um familiar com TEA, é importante sempre ter toda documentação. Guarde todos os relatórios

e laudos médicos, prescrições de terapias, contratos de serviços, recibos/notas fiscais com identificação do profissional (nome, CPF/CNPJ, número de conselho) e do paciente, além da comprovação de pagamento.

- Outros tributos sobre veículos. Pessoas com deficiência podem ter isenções de IPI (federal) e, conforme o Estado, ICMS/IPVA para compra/manutenção de veículo, desde que cumpridos os requisitos locais. As regras variam de acordo com a localização. Para obter mais informações, busque a Secretaria da Fazenda do seu Estado e a Receita Federal para o IPI.

Cordões de identificação

Nos últimos anos, os cordões de identificação se tornaram um símbolo de **acessibilidade e respeito à diversidade**. Um dos mais conhecidos é o Cordão de Girassol, que identifica pessoas com deficiências ocultas, incluindo o TEA. Esse cordão ajuda a informar discretamente que a pessoa pode precisar de mais tempo, compreensão ou apoio em determinadas situações, como filas, aeroportos, transporte público ou estabelecimentos comerciais.

É importante reforçar que o uso é **opcional**: algumas famílias se sentem mais seguras utilizando o cordão, enquanto outras preferem não expor a condição da criança. O essencial é que o cordão não seja visto como um rótulo, mas como uma ferramenta de conscientização e inclusão, permitindo que a sociedade reconheça a diversidade de necessidades e ofereça apoio de forma mais acolhedora.

Onde conseguir o Cordão de Girassol no Brasil?

- ONGs e associações locais, como APAE
- Sites oficiais e projetos especializados

O projeto HD Sunflower (Hidden Disabilities Sunflower) comercializa o cordão oficial e também indica que alguns parceiros distribuem gratuitamente. <https://hdsunflower.com/br/>

- Programas públicos locais / governamentais.

Capítulo 13.



Perspectivas para o futuro

O TEA acompanha a pessoa ao longo da vida, mas isso não significa que ela não pode mudar. Muito pelo contrário: com estímulos adequados, apoio familiar e acompanhamento profissional, muitas habilidades podem ser adquiridas e fortalecidas ao longo dos anos. A infância é uma fase crucial de intervenção, mas adolescentes e adultos com TEA também continuam aprendendo, amadurecendo e encontrando novas formas de se expressar e se relacionar.

Pensar no futuro também envolve falar de **inclusão no mercado de trabalho**. Cada vez mais empresas têm se aberto para a diversidade, reconhecendo que pessoas com TEA podem contribuir com talentos únicos, como atenção a detalhes, pensamento lógico, criatividade e dedicação em áreas específicas. Várias instituições possuem programas de inclusão laboral, e contar com esse apoio facilita a inserção profissional, ajudando a construir uma vida produtiva e significativa.

Outro ponto essencial é a **autonomia**. O grau de independência varia muito de pessoa para pessoa. Alguns adultos com TEA precisam de apoio constante em tarefas diárias, enquanto outros conquistam plena independência, vivendo sozinhos, estudando, trabalhando e construindo relacionamentos. A chave é respeitar o ritmo individual, valorizando cada conquista e oferecendo suporte proporcional às necessidades. O futuro, assim, não deve ser visto como uma limitação, mas como uma trajetória aberta, na qual cada passo é importante.

Mais do que prever exatamente onde cada criança com TEA chegará, o que importa é acompanhar o processo com respeito, paciência e confiança. O futuro não está escrito de antemão: ele se constrói todos os dias, com pequenos avanços, com apoio adequado e com o reconhecimento das singularidades de cada pessoa. Para algumas famílias, as conquistas estarão em gestos simples, como a primeira

palavra ou a participação em uma atividade em grupo. Para outras, virão em forma de independência, trabalho ou relacionamentos. Todas são igualmente valiosas.

O mais importante é lembrar que **a pessoa com TEA tem potencial de crescimento em qualquer fase da vida**. Quando cercada de cuidado, compreensão e oportunidades, pode trilhar caminhos únicos e significativos. Cada passo, por menor que pareça, é um tijolo no alicerce da autonomia e da inclusão. E cada conquista deve ser celebrada, porque representa não apenas um avanço individual, mas também uma vitória coletiva de todos que acreditam em um futuro mais justo e inclusivo.

Capítulo 14.



Mensagem final às famílias

Ao longo deste guia, percorremos juntos os principais caminhos para compreender o TEA: desde os primeiros sinais até as perspectivas para o futuro. Falamos sobre desafios, mas também sobre conquistas e potencialidades. O TEA não é um limite, e sim uma forma única de estar no mundo. É um convite a enxergar a vida sob outras cores e ritmos.

É natural que o diagnóstico traga dúvidas, medos e até insegurança. Mas, com informação de qualidade, apoio adequado e uma rede de afeto, é possível transformar incertezas em esperança. Cada criança tem seu tempo, sua trajetória e sua maneira de aprender. Comparar caminhos só gera frustração; celebrar cada pequena vitória, por outro lado, fortalece a família e abre espaço para novas conquistas.

Lembre-se: você não está sozinho (a) nessa caminhada. Há profissionais, escolas, amigos, grupos de apoio e tantas outras famílias que compartilham experiências semelhantes. Buscar ajuda não é sinal de fraqueza, mas de coragem e de amor.

Que este guia possa servir como um ponto de apoio e inspiração, lembrando que o futuro não se constrói de uma vez só, mas dia após dia, com paciência, respeito e cuidado. O mais importante é seguir acreditando: cada gesto de acolhimento, cada estímulo oferecido e cada passo dado fortalecem a autonomia e a felicidade da pessoa com TEA — e também renovam a esperança de todos ao redor.



Mitos e verdades sobre o TEA

- **Mito:** “Toda pessoa com TEA não fala.”

Verdade: Algumas pessoas com TEA realmente não desenvolvem fala verbal, mas muitas falam normalmente. A diferença é que a comunicação pode acontecer de várias formas, como gestos, figuras, escrita, aplicativos ou fala. Uma criança que não usa palavras pode apontar para uma figura de copo para pedir água, enquanto outra pode ter um vocabulário muito amplo, mas dificuldade em manter uma conversa.

- **Mito:** “Pessoas com TEA não sentem emoções.”

Verdade: Pessoas com TEA sentem amor, alegria, tristeza e frustração como qualquer outra. O que muda é a forma de demonstrar. Uma criança pode não abraçar espontaneamente, mas demonstrar afeto oferecendo um brinquedo ou sorrindo. Outras podem ter dificuldade em interpretar as emoções dos outros, mas isso não significa ausência de sentimentos.

- **Mito:** “É tudo igual, só muda a intensidade.”

Verdade: O espectro é amplo e diverso. Duas crianças com TEA podem ter comportamentos completamente diferentes. Enquanto uma pode falar fluentemente e ter dificuldades sociais sutis, outra pode precisar de apoio intenso para se comunicar e realizar tarefas básicas. Essa diversidade é o que torna o termo “espectro” tão importante.

- **Mito:** “O TEA é causado por falta de carinho ou pela criação dos pais.”

Verdade: O TEA é uma condição do neurodesenvolvimento com base genética e influências ambientais. Não tem relação com falta de afeto ou

com o estilo de criação. Famílias amorosas também têm filhos autistas, e culpar os pais só aumenta o sofrimento desnecessário.

- **Mito:** “Pessoas com TEA não podem aprender ou se desenvolver.”

Verdade: Com apoio adequado, pessoas com TEA aprendem, desenvolvem habilidades e podem conquistar autonomia em diferentes graus. Muitas têm talentos específicos em áreas como música, artes, tecnologia ou matemática, que podem ser grandes recursos para o futuro. Inclusive, muitos conseguem fazer uma faculdade e ter um emprego.

- **Mito:** “O TEA tem cura.”

Verdade: O TEA não é uma doença e, portanto, não precisa de “cura”. O que existe são intervenções baseadas em evidências que ajudam a ampliar as habilidades, reduzir dificuldades e favorecer a qualidade de vida. O objetivo não é mudar quem a pessoa é, mas garantir que possa viver com dignidade, inclusão e respeito.



Checklist para a primeira consulta

Informações sobre a criança

- Idade atual e breve histórico de saúde (gestação, parto, peso ao nascer, intercorrências).
- Marcos do desenvolvimento: quando começou a sentar, engatinhar, andar, falar as primeiras palavras e formar frases.
- Comportamentos que chamaram a atenção (por exemplo: falta de contato visual, repetição de frases, preferência por brincar sozinho, seletividade alimentar).

Comunicação e interação

- Como a criança costuma se comunicar (fala, gestos, figuras, aplicativos, choro).
- Se responde ao nome e entende ordens simples.
- Se demonstra interesse em brincar com outras crianças ou prefere brincar sozinho.

Rotina diária

- Como é o sono (quantas horas, despertares noturnos, dificuldade para adormecer).
- Como é a alimentação (alimentos aceitos e recusados, seletividade alimentar).
- Hábitos marcantes (apego a rotinas, objetos preferidos, resistência a mudanças).

Aspectos sensoriais

- Reações a barulhos, cheiros, luzes ou texturas (hipersensibilidade ou busca exagerada por estímulos).
- Se há objetos ou atividades que a criança repete com frequência (girar, alinhar, observar movimentos).

Saúde geral

- Histórico de doenças, internações ou alergias.
- Uso atual de medicamentos (nome e dosagem).
- Resultados de exames já realizados.

Contexto familiar e escolar

- Se já frequenta creche/escola, registrar observações dos professores.
- Apoio disponível em casa (pais, avós, cuidadores).
- Expectativas e principais dúvidas da família para levar à consulta.



ABA (Análise do Comportamento Aplicada): abordagem terapêutica baseada em reforço positivo para estimular habilidades e reduzir comportamentos que dificultam a autonomia.

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule): instrumento de avaliação estruturada usado por profissionais para observar comunicação, interação social e comportamento em situações práticas.

Autonomia: capacidade de realizar tarefas do dia a dia por conta própria, como se vestir, comer ou se organizar.

CARS (Childhood Autism Rating Scale): escala usada por profissionais de saúde para avaliar sinais de TEA em crianças, ajudando a definir intensidade e áreas de maior dificuldade.

Comorbidade: quando a pessoa tem, além do TEA, outro diagnóstico de saúde associado, como TDAH, ansiedade ou epilepsia.

Crise: momento em que a criança pode chorar, gritar, se agitar ou ter comportamentos repetitivos de forma intensa, geralmente como resposta a sobrecarga sensorial, frustração ou dificuldade de comunicação.

DSM-5: manual internacional usado por profissionais de saúde para classificar e diagnosticar transtornos mentais e do neurodesenvolvimento, incluindo o TEA.

Ecolalia: repetição de palavras, frases ou sons ouvidos recentemente (ecolalia imediata) ou lembrados de situações passadas (ecolalia tardia).

Estímulos sensoriais: informações captadas pelos sentidos — visão, audição, olfato, paladar, tato, equilíbrio e percepção do corpo — que podem ser percebidas de forma mais intensa ou mais fraca no TEA.

Fonoaudiologia: área da saúde que trabalha a linguagem, fala e comunicação, além de aspectos relacionados à deglutição e alimentação.

Intervenção precoce: conjunto de terapias e estímulos iniciados ainda na infância, logo após os primeiros sinais de TEA, com objetivo de favorecer o desenvolvimento.

M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers): questionário de triagem preenchido pelos pais para identificar risco de TEA em crianças pequenas (16 a 30 meses).

Mediador escolar: profissional que apoia o estudante com TEA dentro da sala de aula, facilitando a comunicação, organização das atividades e socialização.

Neurodesenvolvimento: processo de formação e amadurecimento do cérebro e do sistema nervoso, desde a gestação até a vida adulta.

Neurodiversidade: conceito que reconhece que cérebros funcionam de maneiras diferentes, valorizando as singularidades de pessoas autistas, com TDAH, dislexia e outras condições.

Neurônio: principal célula que forma o sistema nervoso e tem capacidade de se comunicar uns com outros através das sinapses.

Rotina visual: uso de imagens, símbolos ou pictogramas para organizar e mostrar à criança a sequência de atividades do dia, tornando previsível e menos estressante.

Seletividade alimentar: recusa de diferentes tipos de alimentos, texturas ou cores, aceitando apenas um grupo restrito de comidas.

Sistema Nervoso: é a “central de comando” do corpo. Ele recebe informações do ambiente e do próprio organismo, organiza essas informações e envia respostas para que possamos pensar, sentir, nos mover e realizar todas as funções do dia a dia, desde respirar até aprender coisas novas. É formado principalmente pelo cérebro, pela medula espinhal e pelos nervos que se espalham por todo o corpo.

TEA (Transtorno do Espectro Autista): condição do neurodesenvolvimento caracterizada por diferenças na comunicação, interação social e comportamentos repetitivos ou interesses restritos.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AUTISMO – DISTRITO FEDERAL (ABRA-CIDF). Página oficial da ABRA-CIDF. Brasília: ABRA-CIDF, [s.d.]. Disponível em: <https://abracidf.com/>. Acesso em: 23 set. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA AUTISMO CONEXÃO – ABRAAC. Você já conhece nossos projetos? Osasco: ABRAAC, [s.d.]. Disponível em: <https://www.abraac.org/>. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 jan. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Autism Spectrum Disorder (ASD). Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/autism/index.html>. Acesso em: 23 set. 2025.

DI PIETRANTONJ, C. et al. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. The Cochrane database of systematic reviews, 11(11), CD004407, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858>. Acesso em: 23 set. 2025.

DYER, C. Lancet retracts Wakefield's MMR paper. BMJ. 2010 Feb 2;340:c696. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.c696>. Acesso em: 28 Set. 2025.

HADJKACEM, I. et al. Prenatal, perinatal and postnatal factors associated with autism spectrum disorder. J Pediatr (Rio J). 2016 Nov-Dec;92(6):595-601. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.012>. Acesso em: 28 Set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil. Agência de Notícias, 23 maio 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>. Acesso em: 23 set. 2025.

KIM, J. et al. Environmental risk factors and biomarkers for autism spectrum disorder: an umbrella review of the evidence. Lancet Psychiatry. 2019 Jul;6(7):590-600. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30181-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30181-6). Acesso em: 28 Set. 2025.

LAI, M. et al. Autism. Lancet, v. 383, n. 9920, p. 896-910, 8 mar. 2014. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1). Acesso em: 28 Set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nova Iorque: ONU, 2006. Ratificada pelo Brasil com equivalência de emenda constitucional em 2008.

TAYLOR, S. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. Vaccine. 2014 Jun 17;32(29):3623-9. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.04.085>. Epub 2014 May 9. PMID: 24814559.

WANG, C. et al. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine* (Baltimore). 2017 May;96(18):e6696. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006696>. Acesso em: 28 Set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Autism spectrum disorders – Factsheet. Geneva: WHO, 17 set. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 23 set. 2025.

ZEIDAN, J. et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022 May;15(5):778-790. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aur.2696>. Acesso em: 28 Set. 2025.

Neurociência do Autismo:

um guia para as famílias

