

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

EMÍLIA XAVIER DA SILVA ALBUQUERQUE

MANUELA TAVARES LIMA DE ABREU E LIMA SÁ

MICHELE GOMES TARQUINO

PROJETO DE INTERVENÇÃO COM FAMILIARES DE CRIANÇAS  
DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO ACOMPANHADAS EM  
ESPAÇO AMBULATORIAL

RECIFE

2015

EMÍLIA XAVIER DA SILVA ALBUQUERQUE

PROJETO DE INTERVENÇÃO COM FAMILIARES DE CRIANÇAS  
DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO ACOMPANHADAS EM  
ESPAÇO AMBULATORIAL

Projeto apresentado como parte dos requisitos para obtenção de conclusão do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Orientadora: Manuela Tavares

Co-orientadora: Michele Gomes

RECIFE

2015

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

---

A345p Albuquerque, Emília Xavier da Silva

Projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo acompanhadas em espaço ambulatorial. / Emília Xavier da Silva Albuquerque; orientadora Manuela Tavares Lima de Abreu e Lima de Sá; co-orientadora Michele Gomes Tarquino. – Recife: Do Autor, 2015.

43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015.

1. Autismo. 2. Família. 3. Estratégias de enfrentamento. I. Pereira, Maria Suzelânia de Paula, orientador. II. Título.

CDU 159.97

---

## **PESQUISADORA**

Emília Xavier da Silva Albuquerque – Graduanda do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Estagiária de Psicologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

Telefone: (81) 98723-4123

Email: emiliaxsalbuquerque@hotmail.com

## **ORIENTADORA**

Manuela Tavares Lima Abreu e Lima de Sá – Tutora do Curso de Graduação de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Coordenadora de Extensão Comunitária do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Mestra em Educação para o Ensino na Área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 98877-7871

Email: manuelatavareslima@hotmail.com

## **CO - ORIENTADORA**

Michele Gomes Tarquino - Psicóloga do ambulatório de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP); Tutora do quinto período do curso de psicologia e tutora da prática em Saúde Mental da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Mestra em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (FOP/UPE) (2011).

Telefone: (81) 99297-7387

Email: micheletarquino@hotmail.com

**RESUMO:** O autismo conhecido como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por perturbações do desenvolvimento de três áreas como comunicação, socialização e comportamento restritivo e repetitivo. A família é considerada o primeiro grupo social desempenhando funções na constituição e desenvolvimento do indivíduo no campo afetivo, cognitivo e psicológico. Pode-se pensar na formação de um grupo operativo para trabalhar com os familiares desses pacientes, por se tratar de espaço que promove aprendizagem, à medida que os torna sujeitos ativos e protagonistas na produção da sua saúde, a partir da discussão de uma temática definida por eles ao início de cada grupo. O presente estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo acompanhadas em espaço ambulatorial. Esta proposta foi construída a partir da revisão bibliográfica integrativa, buscando – se artigos científicos disponíveis nas plataformas Scielo, Pepsic, Google Acadêmico e utilização de livros. A proposta de intervenção será focada nos familiares de crianças que foram diagnosticadas com autismo, por ter visto na literatura que os pais dessas crianças passam por um processo doloroso quando se deparam com essa realidade. O projeto está dividido em etapas, tendo três etapas a ser seguidos. Considerando a elaboração do projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo, faz-se necessário entender que o impacto que o diagnóstico causa impacto na família fazendo com que a rotina e o atual cenário familiar seja modificado.

Palavras – chave: Autismo; família; estratégias de enfrentamento; grupo operativo; grupo operativo em saúde mental

**ABSTRACT:** Autism known as the Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by development disturbances in three areas as communication, socialization and restrictive and repetitive behavior. The family is considered the first social group performing functions in the formation and development of the individual in the affective, cognitive and psychological field. One can think of about a formation of an operative group to work with the families of these patients, because it is a space that promotes learning, as it makes them active subjects and protagonists in the production of their health, from the discussion of a defined theme for them the beginning of each group. This study aims to develop an intervention project with families of children diagnosed with autism accompanied by the ambulatory space. The proposal is built on the integrative literature review, seeking - whether scientific articles available in Scielo platforms, Pepsic, Google Scholar and use of books. The proposal of intervention will be focused on family members of children who were diagnosed with autism, for having seen in literature that the parents of these children are replaced by a painful process when faced with this reality. The project is divided in stages, taking three steps to be followed. Whereas the elaboration of the project for intervention with family members of children diagnosed with autism, it is necessary to understand that the impact that the diagnosis cause impact on family causing the routine and the current family scenario is modified.

Keywords: Autism; family; coping strategies; operative group; operative group in mental health

# SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>II. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>8</b>
<b>III. OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
3.1. Objetivo Geral .....	9
3.2. Objetivos Específicos .....	9
<b>IV. MÉTODO</b> .....	<b>10</b>
4.1. Desenho do estudo .....	10
4.2. Período do estudo .....	10
4.10. Aspectos éticos .....	10
<b>V. RESULTADOS</b> .....	<b>11</b>
<b>VI. CONCLUSÕES</b> .....	<b>26</b>
<b>VII. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>27</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>31</b>
APÊNDICE 1 – Lista de abreviaturas, siglas e sinais .....	31
APÊNDICE 2 – Lista de figura .....	32
<b>ANEXO</b> .....	<b>33</b>
ANEXO 1 – Normas para submissão à revista Psicologia em Estudo .....	33

## I. INTRODUÇÃO

O autismo, de acordo com o DSM – 5 (2014), conhecido como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por perturbações do desenvolvimento de três áreas como comunicação, socialização e comportamento restritivo e repetitivo. Recebe o nome de espectro (spectrum) por envolver situações diferentes uma das outras, num nível do mais leve ao mais grave. O TEA pode ser classificado em autismo clássico, autismo de alto desempenho e distúrbio global do desenvolvimento sem outra especificação, porém, vamos nos deter no autismo clássico.

De acordo com as estatísticas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) referentes ao ano de 2010, 1 em cada 68 crianças com 8 anos de idade apresentam o TEA. Em relação aos dados de 2008, houve um aumento de 30% no qual indicava 1 caso para cada 88 crianças. Em 2006, quase 60% que era de 1 para 110. Entre 2000 e 2002 a estimativa indicava que era de 1 para 150 crianças. No período de 2002 a 2014 houve um aumento de 120% da incidência do transtorno (Junior, 2014; Cavalcanti, 2014).

O diagnóstico, de acordo com o novo DSM – 5 (2014) é feito a partir de duas áreas: a comunicação social e os comportamentos fixos ou repetitivos. No autismo clássico as crianças são voltadas para si mesmas, não estabelecendo contato visual com as pessoas nem com o ambiente; conseguem falar, mas não usam a fala como ferramenta de comunicação. Embora possam entender enunciados simples, têm dificuldade de compreensão e apreendem apenas o sentido literal das palavras. Não compreendem metáforas nem o duplo sentido. Nas formas mais graves, demonstram ausência completa de qualquer contato interpessoal. São crianças isoladas, que não

aprendem a falar, não olham para as outras pessoas nos olhos, não retribuem sorrisos, repetem movimentos estereotipados, sem muito significado ou ficam girando ao redor de si mesmas e apresentam deficiência mental importante.

Tendo em vista que o autismo pode ser compreendido não apenas pela medicina, mas também pela psicologia, traz-se um pouco sobre o olhar da psicanálise a respeito do tema. A contribuição da psicanálise, acerca dessa temática é possibilitar o reconhecimento do outro como semelhante, mesmo nas suas grandes diferenças. Foi através disso que Freud, ao trabalhar com suas pacientes histéricas, compreendeu que seus sintomas são uma forma de comunicação, um modo de falar de si e do seu sofrimento e não uma simulação de sintomas ou sinais de doença degenerativa. Assim sendo, para os denominados autistas, faz-se necessário entender suas estereotípias não como comportamentos indesejáveis que devem ser suprimidos e adequados, mas como algo que podem ajudá-las se comunicarem ou que podem adquirir significação de singularidade no contexto de suas relações (Cavalcanti & Araújo, 2011).

O autismo para Winnicott (citado por Silva, 2013) é visto como uma defesa da criança em relação ao ambiente em que está inserido, sendo esse lugar um dificultador para o desenvolvimento psíquico da criança, no momento de um processo crítico. A infância é considerada um período de crescimento que ocorre desde o nascimento até a adolescência. É a pré-história de cada sujeito que se inicia antes do nascimento e se constitui a partir dos laços afetivos. Ainda de acordo com Winnicott, o autismo não deve ser pensado só como uma doença, mas também, como uma alteração na interação dos fatores individuais e ambientais. Fatores estes que ocorrem nos primeiros estágios do crescimento e amadurecimento humano. Ele dá ênfase na qualidade dos cuidados iniciais direcionados ao bebê, pois é neste período que é

estabelecido a base da saúde mental, porém, Winnicott não descarta as tendências herdadas.

Especialmente na primeira infância, as crianças autistas tendem a uma vinculação a objetos incomuns, tipicamente rígidos. Essa tende a insistir na realização de rotinas particulares e rituais de caráter não funcionais. Além desses sintomas específicos, outros sintomas não específicos como medos, fobias, alterações do sono e da alimentação e ataques de birra e agressão são demonstrados, segundo o CID-10 (1993). A importância dos pais no diagnóstico é fundamental, afinal eles são os primeiros a notarem nos filhos, comportamentos diferentes e que fogem do padrão (Zanatta, Menegazzo, Guimarães, Ferraz & Motta, 2014).

De acordo com Winnicott (1960) depende do indivíduo executar a trajetória que o leva do estado de diferenciação com a mãe ao estado de ser um indivíduo separado em relação à mãe, e ao pai e à mãe enquanto conjunto. Segue o caminho no território chamado família, no qual encontra no pai e na mãe suas principais características estruturais. A família tem seu próprio crescimento, e a criança experimenta mudanças que surgem da expansão e das dificuldades familiares, a criança, porém, aos poucos vai se introduzindo: as tias e tios, os vizinhos, os primeiros grupinhos de crianças, e por fim a escola. Essa introdução progressiva do ambiente externo é uma boa maneira de levar a criança a entrar em boas condições com o mundo mais amplo, e segue de modo correto o modelo pelo qual a mãe apresenta o filho a realidade do mundo externo.

A família é considerada o primeiro grupo social desempenhando funções na constituição e desenvolvimento do indivíduo no campo afetivo, cognitivo e psicológico. Logo, esse grupo social é um suporte de importância para o indivíduo que o conduz

para uma aprendizagem de interação social, a partir da infância até à idade adulta. (Costa, 2012). A chegada de uma criança na família, para Smeha e Cezar (2011), é constituída por expectativas dos pais por desejarem a criança perfeita e saudável e colocar nela a probabilidade de realização dos sonhos e ideais familiares.

Quando conhecido o diagnóstico na criança, essas expectativas podem vir a se tornar frágeis, pois os pais tomam conhecimento de que o filho poderá não corresponder à expectativa criada em torno dessa criança e conseqüentemente a dinâmica da família será modificada. Estudos feitos por Souza e Alves (2014) sobre a relação do impacto do diagnóstico na família mostra que o estresse e as incertezas relacionados ao cuidado com a criança apresentam-se como importantes para a formação de recursos e suporte no trabalho com a dinâmica familiar. Assim como qualquer doença, o autismo, quando descoberto interfere em toda a família, devido ao processo de enfrentamento que provoca alterações em toda a dinâmica (Nunes & Santos, 2010).

A partir do aparecimento dos sintomas, o cenário familiar sofre cortes nas atividades rotineiras e mudanças no contexto emocional. Os três sintomas comuns no autismo surgem no início da vida, assim, desde cedo esses aspectos exercem influência no cotidiano das famílias e nas relações sociais entre os membros (Andrade & Teodoro, 2012). O autismo é um transtorno que faz com os pais tenham dificuldades e dúvidas em como se relacionar com seus filhos, já que é uma patologia que altera a relação social e a comunicação (Fernandes, 2010). A não suspensão dos sintomas no decorrer do tempo faz com que a dinâmica familiar sofra influências nos aspectos financeiros e nos relacionados à qualidade de vida, tanto física, psíquica e social dos cuidadores (Favero & Santos, 2005).

O impacto das dificuldades, próprio do autismo sobre a família, depende de uma interação de fatores como gravidade dos sintomas e as características psicológicas dos pais tais como autoeficácia, controle e modo de enfrentamento e disponibilidade de recursos sociais (Favero & Santos, 2005). O estresse, a ansiedade e a depressão em pais de crianças autistas são maiores quando comparados com os pais de crianças com outros transtornos.

Sugere-se que o estresse pode ser influenciado por características típicas do autismo e não só por um atraso do desenvolvimento (Sprovieri & Assumpção, 2001). Diante do diagnóstico, a família vai viver momentos de angústia e desesperança, outras famílias podem passar um tempo negando essa realidade e indo atrás de curas milagrosas. Até a família conseguir restabelecer o equilíbrio, possa ser que ela fique um período isolado. Após este período, passam pelo momento da aceitação e de tranquilidade, ocorrendo uma organização dos conflitos (Ribeiro, 2011).

Ser colocado frente às limitações de uma criança autista, para a família, corresponde a um encontro com o desconhecido. Encarar esta nova realidade causa sofrimento, confusão, frustração e medo. Os pais neste contexto entram em uma experiência carregada de dificuldades e grandes responsabilidades, porque a criança pode ser dependente dos pais, tanto parcial como total (Buscaglia, 2006).

Cuidar dessa criança requer dos pais uma dinâmica que pode mudar a cada dia, afinal o autista não apresenta rotineiramente o mesmo comportamento, ainda que os sintomas sejam os mesmos, mas o que muda é o modo que a criança expressa o seu comportamento Videbeck (citado por Zanatta et al., 2014). Geralmente estas famílias vivem em um mundo mais fechado podendo se afastar da sua própria família como avós, tios e primos. Estes percebem a criança como algo que não entendem e com isso

se afastam por não saberem lidar na hora de se relacionar (Ayub, 2000 citado por Ribeiro, 2011).

Em relação à dinâmica familiar, percebe-se que existe um processo de luto que vai desde o nascimento de uma criança com dificuldades, tanto no aspecto físico, emocional ou intelectual ou mesmo a combinação desses fatores. Nem sempre esse processo é aceito pela família, podendo agravar mais ainda o quadro. Essas famílias passam por fases que correspondem às fases que Bolwby (citado por Fernandes 2010) trazem quanto à elaboração do luto: raiva, negação, depressão e por fim, se possível, a aceitação.

Diante do que foi dito sobre a mudança da rotina desses familiares, o sofrimento que passam após o diagnóstico, pode-se pensar na formação de um grupo operativo para trabalhar com os familiares desses pacientes, por se tratar de espaço que promove aprendizagem à medida que os torna sujeitos ativos e protagonistas na produção da sua saúde, a partir da discussão de uma temática definida por eles ao início de cada grupo (Bastos, 2010).

A formação de um grupo pode ser uma ferramenta de mudança da realidade tendo os participantes estabelecidos relações grupais que se constituem quando compartilham objetivos comuns, tem uma participação criativa e crítica e quando percebem interação e vinculação. Ainda sobre essa autora, a técnica desse grupo é permeada pela tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a implícita (modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre (tempo, duração, frequência, função do coordenador e observador).

Afonso (2006) traz no seu livro, metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde, dividindo por objetivos os tipos de grupos. Aqui vamos nos deter aos grupos que têm por objetivo conhecer crenças, ideias e sentimentos de seus membros visando à reflexão e mudança, estimulando novas aprendizagens em sua realidade e estimulando a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes, assim chamados de grupos operativos. Nestes é possível o incentivo da comunicação entre os integrantes, a criatividade e autonomia do grupo, comprometimento pessoal e interpessoal no enfrentamento do problema. O grupo visa não só a compreensão das condições de doença, mas também dar respostas criativas a suas necessidades, tanto no seu cotidiano como no seu contexto.

O papel do profissional de saúde nesse grupo é o de co – pensador e co – operador, dinamizador das relações, mediador de informação e da reflexão. O coordenador pode e deve levar informações para o grupo, mas não no sentido de um educador que tem o conhecimento, mas de modo que faça parte de um processo reflexivo, no qual os integrantes possam opinar e comparar com a própria experiência. Em relação à formação do grupo, não recomenda-se que a quantidade de participantes seja grande (maior do que 12) ou que se tenha uma rotatividade muito grande (muitas saídas e entradas podem atrapalhar a operatividade e independência), embora essa flexibilidade seja desejável. A duração também pode variar, mas no contexto de saúde, sugere-se 7 a 15 encontros (Afonso, 2006). Diante disso, o objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo acompanhadas em espaço ambulatorial.

## II. JUSTIFICATIVA

De acordo com as literaturas estudadas, percebeu-se que hoje em dia o número de pesquisas e de publicações sobre o autismo é reduzido, no que diz respeito ao impacto e uma possível mudança na dinâmica que esse transtorno provoca nas famílias das crianças afetadas. Além disso, pode – se perceber que as famílias sofrem um abalo emocional ao receber o diagnóstico juntamente com o desconhecimento do que vai ser da vida do filho no futuro. Esse estudo vai enriquecer estudos anteriores que trazem sobre grupos operativos em saúde mental. Não se faz necessária a submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por não se tratar da implantação do grupo operativo e sim, de uma proposta de intervenção. A submissão será feita antes de ser executada a proposta: a pesquisa será encaminhada ao CEP e o grupo operativo será realizado após aprovação do mesmo. A implantação de um grupo operativo pode ser de fundamental importância na ajuda aos familiares, principalmente no que diz respeito à adesão ao tratamento, através das trocas de experiências vividas por cada familiar e do próprio contato entre eles. Diante disso, o presente trabalho tem como relevância ampliar o estudo sobre o tema a partir de uma proposta de intervenção com a elaboração de um grupo operativo com os familiares desses pacientes.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

- Elaborar um projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo acompanhadas em espaço ambulatorial.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar revisão de literatura por método integrativo acerca da temática.
- Identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares diante do impacto do diagnóstico.
- Analisar a contribuição da intervenção psicológica por meio de grupo operativo junto aos familiares.
- Sugerir a implantação do grupo operativo com familiares em ambulatórios específicos de saúde mental.

## **IV. MÉTODO**

### **4.1. Desenho do estudo**

Este estudo representa o Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Será proposto um projeto de intervenção psicológica com os familiares de crianças diagnosticadas com autismo, através do grupo operativo.

Esta proposta foi construída a partir da revisão bibliográfica integrativa, buscando – se artigos científicos disponíveis nas plataformas Scielo, Pepsic, Google Acadêmico e utilização de livros. Pesquisou-se os seguintes temas: autismo, família, coping, estratégias de enfrentamento, grupo operativo, grupo operativo em saúde mental.

### **4.2. Período do estudo**

O período total de estudo é de fevereiro de 2015 a setembro de 2015.

### **4.3. Aspectos éticos**

Considerando que a pesquisa envolve a participação de seres humanos, quando o projeto for executado no futuro necessitará o envio do trabalho para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS), será construída uma Carta de Anuência e TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **V. RESULTADOS**

Considerando a proposta metodológica para os Trabalhos de Conclusão de Curso da Faculdade Pernambucana de Saúde, os resultados deste trabalho serão apresentados em formato de artigo, com base nas regras da Revista Psicologia em Estudo que se encontram no anexo deste projeto (Anexo 1).

### **O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DO AUTISMO NA DINÂMICA FAMILIAR: UM OLHAR PSICANALÍTICO**

<sup>1</sup>Emília Xavier da Silva Albuquerque, <sup>2</sup>Manuela Tavares Lima Abreu e Lima Sá,  
<sup>3</sup>Michele Gomes Tarquino.

<sup>1</sup>Graduanda do 7º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; Estagiária de Psicologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; <sup>2</sup>Tutora do Curso de Graduação de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; Coordenadora de extensão comunitária do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Mestra em Educação para o Ensino na Área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde; <sup>3</sup>Psicóloga do ambulatório de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Tutora do 5º período do curso de psicologia e tutora da prática em Saúde Mental da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; Mestra em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco – FOP/UPE (2011).

**RESUMO:** O autismo conhecido como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por perturbações do desenvolvimento de três áreas como comunicação, socialização e comportamento restritivo e repetitivo. A família é considerada o primeiro grupo social desempenhando funções na constituição e desenvolvimento do indivíduo no campo afetivo, cognitivo e psicológico. Pode-se pensar na formação de um grupo operativo para trabalhar com os familiares desses pacientes, por se tratar de espaço que promove aprendizagem, à medida que os torna sujeitos ativos e protagonistas na produção da sua saúde, a partir da discussão de uma temática definida por eles ao início de cada grupo. O presente estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo acompanhadas em espaço ambulatorial. Esta proposta foi construída a partir da revisão bibliográfica integrativa, buscando – se artigos científicos disponíveis nas plataformas Scielo, Pepsic, Google Acadêmico e utilização de livros. A proposta de intervenção será focada nos familiares de crianças que foram diagnosticadas com autismo, por ter visto na literatura que os pais dessas crianças passam por um processo doloroso quando se deparam com essa realidade. O projeto está dividido em etapas, tendo três etapas a ser seguidos. Considerando a elaboração do projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo, faz-se necessário entender que o impacto que o diagnóstico causa impacto na família fazendo com que a rotina e o atual cenário familiar seja modificado.

Palavras – chave: Autismo; família; estratégias de enfrentamento; grupo operativo; grupo operativo em saúde mental

**ABSTRACT:** Autism known as the Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by development disturbances in three areas as communication, socialization and restrictive

and repetitive behavior. The family is considered the first social group performing functions in the formation and development of the individual in the affective, cognitive and psychological field. One can think of about a formation of an operative group to work with the families of these patients, because it is a space that promotes learning, as it makes them active subjects and protagonists in the production of their health, from the discussion of a defined theme for them the beginning of each group. This study aims to develop an intervention project with families of children diagnosed with autism accompanied by the ambulatory space. The proposal is built on the integrative literature review, seeking - whether scientific articles available in Scielo platforms, Pepsic, Google Scholar and use of books. The proposal of intervention will be focused on family members of children who were diagnosed with autism, for having seen in literature that the parents of these children are replaced by a painful process when faced with this reality. The project is divided in stages, taking three steps to be followed. Whereas the elaboration of the project for intervention with family members of children diagnosed with autism, it is necessary to understand that the impact that the diagnosis cause impact on family causing the routine and the current family scenario is modified.

Keywords: Autism; family; coping strategies; operative group; operative group in mental health

## **Introdução**

O autismo, de acordo com o DSM – 5 (2014), conhecido como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por perturbações do desenvolvimento de três áreas como comunicação, socialização e comportamento restritivo e repetitivo. Recebe o nome de espectro (spectrum) por envolver situações diferentes uma das outras, num nível do mais leve ao mais grave. O TEA pode ser classificado em autismo clássico,

autismo de alto desempenho e distúrbio global do desenvolvimento sem outra especificação, porém, vamos nos deter no autismo clássico.

De acordo com as estatísticas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) referentes ao ano de 2010, 1 em cada 68 crianças com 8 anos de idade apresentam o TEA. Em relação aos dados de 2008, houve um aumento de 30% no qual indicava 1 caso para cada 88 crianças. Em 2006, quase 60% que era de 1 para 110. Entre 2000 e 2002 a estimativa indicava que era de 1 para 150 crianças. No período de 2002 a 2014 houve um aumento de 120% da incidência do transtorno (Junior, 2014; Cavalcanti, 2014).

Tendo em vista que o conceito de autismo pode ser definido não somente pela medicina, mas também, pela psicologia trago um pouco sobre o que a psicanálise diz a respeito do tema. A contribuição da psicanálise, acerca dessa temática é possibilitar o reconhecimento do outro como semelhante, mesmo nas suas grandes diferenças. Foi através disso que Freud, ao trabalhar com suas pacientes histéricas, compreendeu que seus sintomas são uma forma de comunicação, um modo de falar de si e do seu sofrimento e não uma simulação de sintomas ou sinais de doença degenerativa.

Assim sendo, para os denominados autistas, faz-se necessário entender suas estereotípias não como comportamentos indesejáveis que devem ser suprimidos e adequados, mas como algo que podem ajudá-las se comunicarem ou que podem adquirir significação de singularidade no contexto de suas relações (Cavalcanti & Araújo, 2011). O autismo para Winnicott (citado por Silva, 2013) é visto como uma defesa da criança em relação ao ambiente em que está inserido, no qual esse lugar dificulta o desenvolvimento psíquico da criança, no momento de um processo crítico.

A família é considerada o primeiro grupo social desempenhando funções na constituição e desenvolvimento do indivíduo no campo afetivo, cognitivo e psicológico. Logo, esse grupo social é um suporte de importância para o indivíduo que o conduz para uma aprendizagem de interação social, a partir da infância até à idade adulta. (Costa, 2012). A chegada de uma criança na família, para Smeha e Cezar (2011), é constituída por expectativas dos pais por desejarem a criança perfeita e saudável e colocar nela a probabilidade de realização dos sonhos e ideais familiares.

Quando conhecido o diagnóstico na criança, essas expectativas podem vir a se tornar frágeis, pois os pais tomam conhecimento de que o filho poderá não corresponder à expectativa criada em torno dessa criança e conseqüentemente a dinâmica da família será modificada. Estudos feitos por Souza e Alves (2014) sobre a relação do impacto do diagnóstico na família mostra que o estresse e as incertezas relacionados ao cuidado com a criança apresentam-se como importantes para a formação de recursos e suporte no trabalho com a dinâmica familiar. Assim como qualquer doença, o autismo, quando descoberto interfere em toda a família, devido ao processo de enfrentamento que provoca alterações em toda a dinâmica (Nunes & Santos, 2010).

A partir do aparecimento dos sintomas, o cenário familiar sofre cortes nas atividades rotineiras e mudanças no contexto emocional. Os três sintomas comuns no autismo surgem no início da vida, assim, desde cedo esses aspectos exercem influência no cotidiano das famílias e nas relações sociais entre os membros (Andrade & Teodoro, 2012). O autismo é um transtorno que faz com os pais tenham dificuldades e dúvidas em como se relacionar com seus filhos, já que é uma patologia que altera a relação social e a comunicação (Fernandes, 2010). A não suspensão dos sintomas no decorrer do tempo faz com que a dinâmica familiar sofra influências nos aspectos financeiros e nos

relacionados à qualidade de vida, tanto física, psíquica e social dos cuidadores (Favero & Santos, 2005).

O impacto das dificuldades, próprio do autismo sobre a família, depende de uma interação de fatores como gravidade dos sintomas e as características psicológicas dos pais tais como autoeficácia, controle e modo de enfrentamento e disponibilidade de recursos sociais (Favero & Santos, 2005). O estresse, a ansiedade e a depressão em pais de crianças autistas são maiores quando comparados com os pais de crianças com outros transtornos.

Diante do que foi dito sobre a mudança da rotina desses familiares, o sofrimento que passam após o diagnóstico, Pode-se pensar na formação de um grupo operativo para trabalhar com os familiares desses pacientes, por se tratar de espaço que promove aprendizagem à medida que os torna sujeitos ativos e protagonistas na produção da sua saúde, a partir da discussão de uma temática definida por eles ao início de cada grupo (Bastos, 2010). A formação de um grupo pode ser uma ferramenta de mudança da realidade tendo os participantes estabelecidos relações grupais que se constituem quando compartilham objetivos comuns, tem uma participação criativa e crítica e quando percebem interação e vinculação. Ainda sobre essa autora, a técnica desse grupo é permeada pela tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a implícita (modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre (tempo, duração, frequência, função do coordenador e observador).

O papel do profissional de saúde nesse grupo é o de co – pensador e co – operador, dinamizador das relações, mediador de informação e da reflexão. O coordenador pode e deve levar informações para o grupo, mas não no sentido de um educador que tem o conhecimento, mas de modo que faça parte de um processo

reflexivo, no qual os integrantes possam opinar e comparar com a própria experiência. Em relação à formação do grupo, não recomenda-se que a quantidade de participantes seja grande (maior do que 12) ou que se tenha uma rotatividade muito grande (muitas saídas e entradas podem atrapalhar a operatividade e independência), embora essa flexibilidade seja desejável. A duração também pode variar, mas no contexto de saúde, sugere-se 7 a 15 encontros (Afonso, 2006). Diante disso, o objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo acompanhadas em espaço ambulatorial.

## **Método**

O presente estudo apresenta uma proposta de intervenção psicológica com os familiares de crianças diagnosticadas com autismo, através do grupo operativo. Esta proposta foi construída a partir da revisão bibliográfica integrativa, buscando – se artigos científicos disponíveis nas plataformas Scielo, Pepsic, Google Acadêmico e utilização de livros. Pesquisou-se os seguintes temas: autismo, família, coping, estratégias de enfrentamento, grupo operativo, grupo operativo em saúde mental.

Portanto, serão apontadas as pesquisas e estudos realizados, assim como a descrição das etapas do projeto de intervenção.

## **Resultados e Discussão**

Para se elaborar este projeto de intervenção psicológica, foi realizado um levantamento de artigos científicos disponíveis nas plataformas SCIELO, PEPSIC, Google Acadêmico e livros. Foram um total de 37 escritos acerca do tema.

No presente artigo, a proposta de intervenção será focada nos familiares de crianças que foram diagnosticadas com autismo, por ter visto na literatura que os pais

dessas crianças passam por um processo doloroso quando se deparam com essa realidade. A fantasia que os pais têm daquele filho perfeito, saudável e que irá se tornar um adulto independente é frustrada quando se recebe o diagnóstico. Nesses momentos os pais reorganizam os planos e expectativas que tinham e repensam o futuro do filho e da família. O autismo coloca a família diante de emoções como o luto pela perda da criança saudável, sentimentos de desvalia e de culpa (Ribeiro, 2011).

O projeto de intervenção será inicialmente discutido com os profissionais do local, a fim de avaliar a necessidade de implementação do grupo no espaço ambulatorial. Junto à equipe será definido o período e a frequência dos encontros, a quantidade de familiares participantes, assim como, serão identificados os profissionais e familiares que participarão. Posteriormente, serão separados os prontuários de cada família identificada e em seguida será realizado o contato para agendamento de um encontro antes da participação no grupo. Essas etapas estão ilustradas (Figura 1) abaixo:

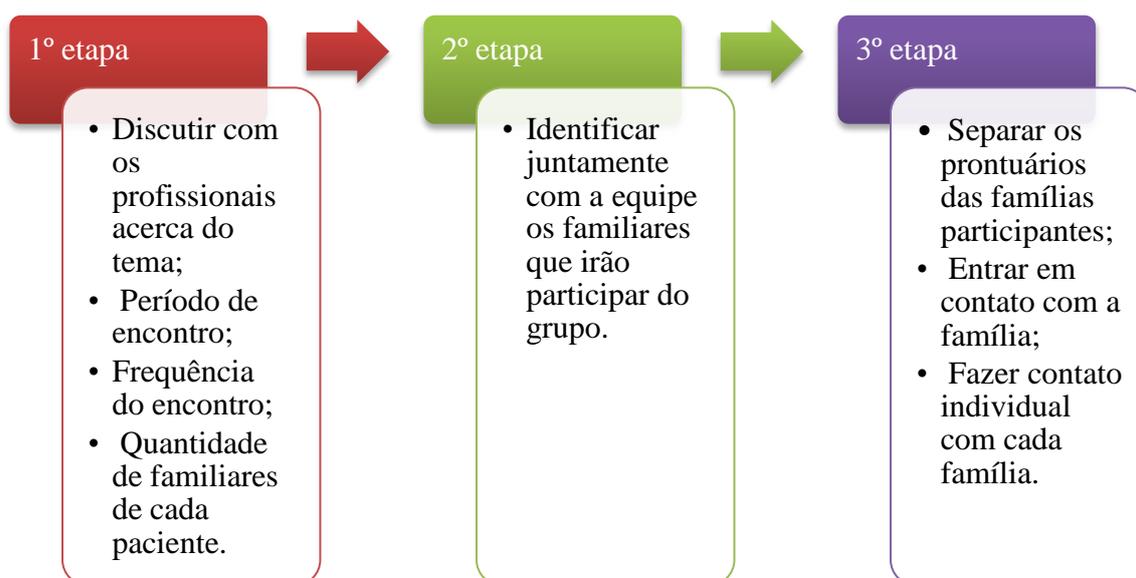


Figura 1 – Elemento gráfico para operacionalização do projeto

A adaptação do comportamento dos pais diante de uma criança que apresenta dificuldades pode ser um período longo e ter o apoio de pessoas próximas como familiares, amigos e outros pais é importante. Diante do diagnóstico, de ter que conviver com uma criança autista na família, os pais começam a desenvolver várias estratégias de coping como negação ativa, foco no problema, pensamento positivo e religiosidade, para lidar com essas dificuldades (Hastings et al., 2005 citado por Andrade & Teodoro, 2012). Coping significa um conjunto de estratégias que vem sendo utilizadas por indivíduos para se adaptarem a situações adversas ou estressantes (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

Para conseguir enfrentar essas situações e cuidar da criança, a família precisa acreditar na sua capacidade, ter fé, ter suporte de outras pessoas e ter uma rede social de apoio. Esta é constituída de relações interpessoais que o indivíduo percebe como importantes. São compostas por amigos, familiares, colegas de trabalho ou estudo, pessoas da comunidade e profissionais de saúde. Através dela é possível receber suporte social, emocional, cognitivo e financeiro (Brusamarello, Guimarães, Labronici, Mazza & Maftum, 2011; Sluzki, 1997 citado por Zanatta, Menegazzo, Guimarães, Ferraz & Motta, 2014).

Em relação às diferentes formas de se desenvolver recursos de enfrentamento destacam-se a execução de reestruturação e desenvolvimento de crenças, o fato de possuir uma experiência espiritual, manter a coesão e ter uma rede de suporte (Andrade e Teodoro, 2012). As redes sociais de apoio beneficiam o desenvolvimento humano e completam as necessidades que a pessoa tem de se relacionar com o outro, propiciando um conforto aos familiares de pertencer a um grupo, condições essas, importantes para a manutenção da autoestima (Brusamarello et al., 2011). Em relação ao impacto que o

autismo causa nas famílias, as redes de apoio colaboram, fornecem informações e auxiliam diante das adversidades que as famílias sentem (Zanatta et al., 2014).

Diante disso, percebe-se a necessidade das famílias terem um suporte social, organizado e preparado para atender as demandas trazidas, de receber orientação, de falar, compartilhar experiências, de ter alguém para escutar suas angústias e as vitórias conseguidas no decorrer do tratamento, no relacionamento com o membro adoecido e nas descobertas de estratégias de enfrentamento. Pensando na proposta de intervenção, entende-se que o atendimento em grupo é definido pelo Ministério da Saúde (2012) como: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania. Pensando nas várias formas de atendimento em grupo, damos ênfase aos grupos operativos.

De acordo com Zimmerman (1997) os grupos operativos tem o objetivo de “operar” em uma determinada tarefa. A técnica do grupo é pautada na dimensão psicossocial do sujeito e das suas possibilidades de aprendizagem, sendo utilizado como tecnologia no sentido de desenvolver no grupo conhecimento, pensamento crítico e ações transformadoras (Van Acker, 2008; Esbrogeo, 2008). O grupo como técnica de intervenção, segundo Pereira (2013), coloca o integrante como centro do seu processo de aprendizagem, sujeito ativo e protagonista na produção da sua saúde e na construção do conhecimento.

O grupo operativo por se tratar de um suporte social faz com que os familiares possam aderir ao tratamento diante do fato de que esses necessitam compartilhar experiências e de uma pessoa para escutar as angústias e a evolução

durante o tratamento. Vinogradov, Cox e Yalom (citados por Cordioli, 2008) falam sobre 11 fatores terapêuticos que existem em uma terapia de grupo, dentre eles a instilação da esperança, universalidade do problema, compartilhamento de informações, altruísmo, fatores existenciais e coesão grupal são facilitadores para os familiares aderirem ao tratamento.

Vimos que os grupos operativos têm por objetivo conhecer crenças, ideias e sentimentos de seus membros visando à reflexão e mudança, estimulando novas aprendizagens em sua realidade e estimulando a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes. Desse modo o projeto, durante o período de 4 meses, acontecerão grupos abertos, permitindo a entrada e/ou saída de integrantes, será mediado por um psicólogo e outro profissional de saúde e voltado aos familiares de crianças diagnosticadas com autismo encaminhados pela equipe do ambulatório. A frequência será definida junto à equipe de profissionais da instituição, o grupo terá uma hora de duração, com dia e horário fixos identificados pela equipe. Após cada grupo serão realizados os registros sobre o funcionamento e os conteúdos trazidos pelo grupo.

### **Considerações Finais**

Considerando a elaboração do projeto de intervenção com familiares de crianças diagnosticadas com autismo, faz-se necessário entender que o impacto que o diagnóstico causa impacto na família fazendo com que a rotina e o atual cenário familiar seja modificado. As vivências e adequações necessárias, decorrentes do diagnóstico, podem ser trabalhados entre os familiares e com o suporte dos profissionais de saúde, visando a troca de experiência entre os familiares acerca das mudanças ocorridas na família, suporte emocional diante do diagnóstico e troca de conhecimento e estratégias realizadas pelos familiares.

O psicólogo tem o papel de mediar o grupo operativo, dar um suporte emocional aos integrantes e promover a reflexão. Deve levar temas, não dando a entender que ele é detentor do conhecimento, mas sim como um promovedor da reflexão, fazendo com que os familiares consigam relacionar com suas próprias experiências. Diante disso, é importante a atuação do psicólogo porque ele é capaz de ver a subjetividade de cada participante e assim pode atuar de forma eficaz e continente com o grupo.

Tendo em vista o aumento de 120% na incidência do transtorno nos últimos 12 anos, e, portanto, do percentual de famílias que sofrem com o impacto do diagnóstico de autismo, é importante o aumento de pesquisas relacionadas a este tema visando uma maior compreensão não só para os profissionais, mas também para os familiares envolvidos.

## **Referências**

Acker, M. (2008). *A reflexão e a prática docente: considerações a partir de uma pesquisa - ação*(Doutor). Universidade de São Paulo.

Afonso, M. (2006). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Psychiatric Association. *DSM - 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (2014) (5th ed.). Porto Alegre.

Andrade, A., & Teodoro, M. (2012). Família e Autismo: Uma Revisão da Literatura. *Contextos Clínicos*, 5(2). doi:10.4013/ctc.2012.52.07

Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. Psicol. (Natal)*, 3(2), 273-294. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x1998000200006>

Bastos, A. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo Informação*, 14(14), 160-169.

Brusamarello, T., Guimarães, A., Labronici, L., Mazza, V., & Maftum, M. (2011). Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto Contexto Enferm*, 20(1), 33-40.

Cavalcanti, A. (2014). Diagnóstico precoce de autismo na infância. *Diário De Pernambuco*.

Cavalcanti, A., & Araújo, L. (2011). *Navegar é preciso, clinicar não é preciso: 30 anos de prática psicanalítica no CPPL*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CDC - Facts about Autism Spectrum Disorders - NCBDDD,. (2015). *Facts About ASDs*. Retrieved 5 October 2015, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

Costa, S. (2012). *O impacto do diagnóstico de autismo nos pais* (Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.

Esbrogeo, M. (2008). *Avaliação da Orientação Profissional em grupo: O papel da informação no desenvolvimento da maturidade para a escolha da carreira* (Pós Graduado). Universidade de São Paulo.

- Fávero, M., & Santos, M. (2005). Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, 18(3), 358-369. doi:10.1590/s0102-79722005000300010
- Fernandes, M. (2010). *O estudo de uma família com uma criança autista* (Mestrado). Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro.
- Junior, P. (2014). *Casos de autismo sobem para 1 a cada 68 crianças*. *Revista Autismo*. Retrieved 5 October 2015, from <http://www.revistaautismo.com.br/noticias/casos-de-autismo-sobem-para-1-a-cada-68-criancas/pdf>
- Nunes, M., & Santos, M. (2010). Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 23(2), 208-221.
- Pereira, T. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Sociedade De Psicoterapias Analíticas Grupais Do Estado De São Paulo*, 14(1), 21-29.
- Ribeiro, S. (2011). O impacto do autismo na família. *Revista Autismo*, (1).
- Silva, R. (2013). *O diagnóstico de autismo: impasses e desafios na transmissão à família*. (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco.
- Smeha, L., & Cezar, P. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicol. Estud.*, 16(1), 43-50. doi:10.1590/s1413-73722011000100006
- Souza, P., & Alves, P. (2014). Dialogando sobre o autismo e seus reflexos na família: contribuições da perspectiva dialógica. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 5(1), 223-230.

Zimerman, D., & Osorio, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre (RS): ARTMED.

Zanatta, E., Menegazzo, E., Guimarães, A., Ferraz, L., & Motta, M. (2014). Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. *Revista Baiana De Enfermagem*, 28(3), 271-282.

## VI. CONCLUSÕES

O autismo é um transtorno que vem sendo debatido com frequência nos dias de hoje. Na maioria dos casos, o diagnóstico demora a ser dado ou mesmo a família não percebe de imediato o comportamento diferente do filho. Quando a família recebe a notícia do diagnóstico, todos os sonhos, desejos e vontades que os familiares tinham perante a criança, são destruídos. Os sentimentos de angústia, tristeza e medo aparecem nos familiares diante do desconhecido, do que não saber o que fazer a partir de agora.

Diante do estudo realizado percebe-se a importância de um trabalho em grupo com familiares de crianças diagnosticadas com autismo possibilitando um espaço de conhecimento e troca de experiência, assim como, um momento em que o familiar vai poder expressar sua vivência e ajudar o outro, através das estratégias de enfrentamento.

Sugere-se a implantação do grupo operativo com familiares em ambulatórios de saúde mental, pois o mesmo pode contribuir à adesão do tratamento por parte da família, já que este é o principal grupo social responsável pela constituição do ser humano, tanto no campo afetivo, como cognitivo e psicológico.

## VII. REFERÊNCIAS

- Acker, M. (2008). *A reflexão e a prática docente: considerações a partir de uma pesquisa - ação*(Doutor). Universidade de São Paulo.
- Afonso, M. (2006). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Psychiatric Association. *DSM - 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (2014) (5th ed.). Porto Alegre.
- Andrade, A., & Teodoro, M. (2012). Família e Autismo: Uma Revisão da Literatura. *Contextos Clínicos*, 5(2). doi:10.4013/ctc.2012.52.07
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. Psicol. (Natal)*, 3(2), 273-294. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x1998000200006>
- Bastos, A. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo Informação*, 14(14), 160-169.
- Brusamarello, T., Guimarães, A., Labronici, L., Mazza, V., & Maftum, M. (2011). Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto Contexto Enferm*, 20(1), 33-40.
- Buscaglia, L. (2006). *Os deficientes e seus pais* (5th ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Caetano, D. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul.

Cavalcanti, A. (2014). Diagnóstico precoce de autismo na infância. *Diário De Pernambuco*.

Cavalcanti, A., & Araújo, L. (2011). *Navegar é preciso, clinicar não é preciso: 30 anos de prática psicanalítica no CPPL*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CDC - Facts about Autism Spectrum Disorders - NCBDDD,. (2015). *Facts About ASDs*.

Retrieved 5 October 2015, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

Costa, S. (2012). *O impacto do diagnóstico de autismo nos pais* (Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.

Esbrogeio, M. (2008). *Avaliação da Orientação Profissional em grupo: O papel da informação no desenvolvimento da maturidade para a escolha da carreira* (Pós Graduado). Universidade de São Paulo.

Fávero, M., & Santos, M. (2005). Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, 18(3), 358-369. doi:10.1590/s0102-79722005000300010

Fernandes, M. (2010). *O estudo de uma família com uma criança autista* (Mestrado). Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro.

Junior, P. (2014). *Casos de autismo sobem para 1 a cada 68 crianças*. *Revista Autismo*. Retrieved 5 October 2015, from <http://www.revistaautismo.com.br/noticias/casos-de-autismo-sobem-para-1-a-cada-68-criancas/pdf>

Nunes, M., & Santos, M. (2010). Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 23(2), 208-221.

Pereira, T. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Sociedade De Psicoterapias Analíticas Grupais Do Estado De São Paulo*, 14(1), 21-29.

*Portaria Nº 854, de 22 de agosto de 2012.* (2012, 22 de agosto). O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições. Brasília, DF: Ministérios da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.

Ribeiro, S. (2011). O impacto do autismo na família. *Revista Autismo*, (1).

Silva, R. (2013). *O diagnóstico de autismo: impasses e desafios na transmissão à família.* (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco.

Smeha, L., & Cezar, P. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicol. Estud.*, 16(1), 43-50. doi:10.1590/s1413-73722011000100006

Sprovieri, M., & Assumpção Jr, F. (2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 59(2A), 230-237. doi:10.1590/s0004-282x2001000200016

Souza, P., & Alves, P. (2014). Dialogando sobre o autismo e seus reflexos na família: contribuições da perspectiva dialógica. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 5(1), 223-230.

Winnicott, D. (1960). *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo (SP): Martins Fontes.

Zimerman, D., & Osorio, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos.* Porto Alegre (RS): ARTMED.

Zanatta, E., Menegazzo, E., Guimarães, A., Ferraz, L., & Motta, M. (2014). Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. *Revista Baiana De Enfermagem*, 28(3), 271-282.

## **APÊNDICE**

### **Apêndice 1 – Lista de abreviaturas, siglas e sinais**

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA – Transtorno do Espectro Autista

## **APÊNDICE 2 – Lista de figura**

Figura 1 – Elemento gráfico de operacionalização do projeto.....18

## ANEXO

### **Anexo 1 – Regras da Revista Psicologia em Estudo para submissão do artigo**

#### **Organização para apresentação dos trabalhos**

A apresentação dos textos deve atender a seguinte ordem:

##### **1. Folha de rosto contendo:**

- 1.1. Título pleno em português, entre 10 e 12 palavras.
- 1.2. Sugestão de título abreviado em português, para cabeçalho, não devendo exceder 4 palavras.
- 1.3. Título pleno em inglês, compatível com o título em português.
- 1.4. Título pleno em espanhol, compatível com o título em português.
- 1.5. Sugestão de título abreviado em português, inglês e espanhol.

##### **2. Folha(s) contendo:**

- **Resumo**, em português. Todos os textos inclusos nas categorias de 1 a 3 devem conter resumos com 150 a 250 palavras. As demais categorias dispensam resumos. Ao resumo devem seguir 3 palavras-chave (**A primeira iniciando com letra maiúscula e as demais em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula**).
- **Abstract e keywords**, tradução do resumo e das palavras-chave em inglês.
- **Resumene palabras clave**, tradução do resumo e das palavras-chave em espanhol.

**3. Anexos e/ou Apêndices**, apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do texto. Recomenda-se evitar anexos e apêndices.

**4. Folha contendo títulos de todas as figuras**, numeradas conforme indicado no texto.

**5. As figuras, tabelas e os gráficos** deverão, além das instruções específicas a seguir, considerar que: serão aceitos o total de **no máximo 5 (cinco)**, considerando-se a somatória dessas categorias.

**6. Figuras**, incluindo legenda, **uma** por página em papel, colocadas ao término do texto, no mesmo arquivo, em seqüência às referências bibliográficas. Para assegurar qualidade de reprodução as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia (resolução mínima de 300 dpi); Como a versão publicada não poderá exceder a largura de 11,5 cm para figuras, o autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso redução seja necessária.

**7. Tabelas**, incluindo título e notas, devem ser apresentadas **uma** por página, colocadas ao término do texto, no mesmo arquivo, em seqüência às referências bibliográficas. Na publicação impressa a tabela não poderá exceder 11,5 cm de largura x 17,5 cm de comprimento. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para mais detalhes, especialmente em casos não contemplados nestas Normas o manual da APA deve ser consultado.

**8. Texto** deverá apresentar: introdução, método, resultados e discussão e, considerações finais/conclusão – não sendo obrigatório utilizar estes termos como ítems. As notas de rodapé (no máximo 5 em todo o trabalho), se imprescindíveis, deverão ser colocadas ao

pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. **Não utilizar os termos apud, op. cit., id., ibidem e outros (eles não fazem parte das normas da APA).**

**9. Referências** não devem ultrapassar o limite de 30 (trinta), incluindo neste total até 10% de citações referentes aos próprios autores. No mínimo, 40% do total devem referir-se aos últimos 5 anos. Salvo justificativa, estes limites serão revistos pelo Conselho Editorial, por exemplo, nos casos de artigos de revisão histórica. **Alertamos os autores que a atualização do texto será avaliada pelos consultores**

**OBS.** Apenas a folha de rosto não é contabilizada no total de laudas do artigo.

#### **Tipos comuns de citações no texto**

As citações de autores deverão seguir as normas da APA. Observe, com muita atenção, as normas de citação. Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores, cujos trabalhos forem citados, devem ser seguidos da data de publicação, na primeira vez que forem citados em cada parágrafo. As citações literais com menos de 40 palavras devem ser digitadas normalmente no texto, entre aspas. A pontuação vai antes do fechamento com aspas. O número da página da qual a citação foi retirada deve ser indicado entre parênteses. Citações com 40 ou mais palavras devem ser apresentadas em bloco próprio, **sem itálico e sem aspas**, em **espaço duplo**, começando em nova linha, com recuo de espaços da margem, na mesma posição de um novo parágrafo.

A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no texto original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [*sic*], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. A omissão de parte do texto de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo(s) nosso(s)].

Todas as citações secundárias devem informar a referência original. Evite, no entanto, sempre que possível, utilizar citações secundárias, especialmente quando o autor original pode ser recuperado com facilidade. Todavia, caso seja imprescindível, informe: sobrenome do autor, a data, o nome do autor que faz a citação original e a data da publicação do estudo.

Citação de depoimentos ou entrevistas com sujeitos de pesquisa, com menos de 40 palavras são inseridos no corpo do parágrafo, **em itálico e com aspas**. Com 40 palavras ou mais devem vir em recuo como citações bibliográficas, porém **em itálico**.

A Equipe Editorial da **Revista Psicologia em Estudo** recomenda que os autores revisem seu texto, observando a existência de relação entre as seções e subtítulos utilizados. Parágrafos de frase única devem ser evitados pois fragmentam o texto. Salienta-se que os objetivos do estudo devem ser claramente explicitados no início do texto, remetendo à revisão da literatura existente na área e aos procedimentos metodológicos. Todos os autores citados no texto devem ser listados na seção de Referências. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer naquela seção.

### **Exemplos de citação de artigo de autoria simples**

## 1. Citação literal

O sobrenome do autor é explicitado em todas as citações, indicando o ano e a página conforme exemplo a seguir: Ex.: “Embora faça parte da natureza, dela o homem diferencia-se por criar suas próprias leis e traçar seu destino” (Boarini, 2000, p. 6).  
Ex.: Segundo Boarini (2000) “Embora faça parte da natureza, dela o homem diferencia-se por criar suas próprias leis e traçar seu destino” (p. 6).

## 2. Citação conceitual

O sobrenome do autor é explicitado em todas as citações, indicando somente o ano conforme exemplo a seguir: Ex.: Yamamoto (1996), entende que o período entre os anos 1973-74, no Brasil, registra um momento importante na alteração de rumo da política... [mantenha o nome do autor e omita o ano em citações subseqüentes dentro de um mesmo parágrafo]

**Obs.:** Independentemente do número de autores da obra, sempre que houver uma citação literal, esta deve vir acompanhada do(s) nome(s) do(s) autor (es), ano e página(s).

## **Exemplos de citação de artigo de autoria múltipla**

### 1. Dois autores

Una os sobrenomes em uma citação com múltiplos autores no texto corrente pela palavra "e". Em material apresentado entre parênteses, em tabelas e cabeçalho de figuras e na lista de referências, ligue os nomes com o símbolo "&".  
Ex.: (autores como parte no texto): Para Klein e Linhares (2007) as características da

gravidade de saúde neonatal estão relacionadas com análise das trajetórias do desenvolvimento das crianças prematuras.

Ex.: (autores que não fazem parte do texto). As características da gravidade de saúde neonatal estão relacionadas com análise das trajetórias do desenvolvimento das crianças prematuras (Klein & Linhares, 2007).

## 2. De três a cinco autores

Na primeira citação, o sobrenome de todos autores é citado. Da segunda citação em diante só o sobrenome do primeiro autor é explicitado, seguido de "et al" e o ano.

Ex.: (autores como parte no texto): Os fatores ambientais para Silva, Santos e Gonçalves (2006) podem dar diferentes formatos ou moldar aspectos do comportamento motor na vida do lactente.

Ex.: (autores que não fazem no texto): Os fatores ambientais para podem dar diferentes formatos ou moldar aspectos do comportamento motor na vida do lactente (Silva, Santos, & Gonçalves, 2006).

A partir da segunda vez que ocorrer a citação: Silva et al. (2006) afirmam que (...).

## 3. Seis ou mais autores

No texto, desde a primeira citação, só o sobrenome do primeiro autor é mencionado, seguido de "et al", exceto se este formato gerar ambiguidade.

**Na seção Referências, qualquer que seja o número de autores, todos devem ser relacionados.**

Exemplos de citação de trabalho discutido em uma fonte secundária

1. O trabalho usa como fonte um trabalho discutido em outro, sem que o trabalho original tenha sido lido (por exemplo, um estudo de Flavell, citado por Shore, 1982). No texto, use a seguinte citação: Flavell (citado por Shore, 1982) acrescenta que estes estudantes ... Na seção de Referências informe apenas a fonte secundária, no caso Shore, usando o formato apropriado.

### **Exemplos de citação de obra antiga reeditada**

1. Autor (data da publicação original / data da edição consultada). Ex.: Franco (1790/1946).

### **Orientações quanto às Referências**

Utilize **espaço simples** nessa seção, **com espaço duplo para separá-las**. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores. Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo aos mais recentes desse autor. **Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.**

A segunda linha de cada referência deve ser recuada em 5 espaços (no Word, formate parágrafo com deslocamento de 0,68 cm). **Revise as normas da revista, cuidadosamente, antes de preparar sua lista.** Observe que os sobrenomes dos autores são colocados apenas com a primeira letra em maiúsculo.

### **Exemplos de tipos comuns de referência**

1 Relatório técnico

Vieira Filho, N. G. (1997) *Prática terapêutica em psicologia clínica: análise do circuito institucional* (relatório de bolsa de pesquisa) Brasília: CNPq.

2. Trabalho apresentado em Evento Científico, mas não publicado.

Haidt, J., Dias, M. G. & Koller, S. (1991, fevereiro). Disgust, disrespect and culture: moral judgement of victimless violations in the USA and Brazil. Trabalho apresentado em *Reunião Anual (Annual Meeting) da Society for Cross Cultural Research*, Isla Verde, Puerto Rico.

3. Trabalho apresentado em Evento Científico com resumo publicado em anais

Oliveira, C. B. E., Araújo, C. M. & Almeida, L. S. (2010). A atuação da Psicologia Escolar na Educação Superior: algumas reflexões [Resumo]. In *International Conference Learning and teaching in Higher Education*, 1 (p. 108). Évora: Universidade de Évora.

Yamamoto, O. H., Silva, F. L., Medeiros, É. P. & Câmara, R. A. (1999). A configuração da Psicologia no Rio Grande do Norte: formação e prática profissional. [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas*. XXIX Reunião Anual de Psicologia (p. 187). Campinas: SBP.

4. Teses ou dissertações não publicadas

Domingues, E. (2001). *O movimento dos trabalhadores rurais sem terra (MST): contribuições da psicanálise*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

5. Livros

Mello Neto, G. A. R. (2003). *Angústia e sociedade na obra de Sigmund Freud*. Campinas: Unicamp.

6. Capítulo de livro.

Di Loreto, O. D. M. (2002). Patologia da vida psi cotidiana: o cotidiano na vida de um clínico psi. In M. L. Boarini (Org.), *Desafios na atenção à saúde mental* (pp. 93-133). Maringá: EDUEM.

7. Livro traduzido, em língua portuguesa

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Original publicado em 1980).

8. Tradução de um artigo ou capítulo de um livro editado, volume de um trabalho em múltiplos volumes, trabalho republicado

Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 3, pp. 91-117). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895).

9. Artigo em periódico científico

Rauter, C. (2001). Notas sobre o tratamento das pessoas atingidas pela violência institucionalizada. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 3-10.  
Informar número, entre parêntesis e em seguida o volume, apenas quando a paginação reinicia a cada número (e não a cada volume, como a regra geral)

Tourinho, E. Z. (1987). Sobre o surgimento do behaviorismo radical de Skinner. *Psicologia*, 13 (3), 111.

#### 10. Obras antigas com reedição em data muito posterior

Franco, F. de M. (1946). *Tratado de educação física dos meninos*. Rio de Janeiro: Agir (Original publicado em 1790).

#### 11. Obra no prelo

Não forneça ano, volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado.

Respeitada a ordem de nomes, é a última referência do autor.

Boarini, M. L. (Org.), (no prelo). *Higiene e raça como projetos : higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá : EDUEM.

#### 12. Autoria institucional

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2010). *Dislexia: subsídios para políticas públicas*. São Paulo: Autor.

#### 13. Documento Eletrônico

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4) Recuperado em 11 fevereiro, de 2000, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v32n4/a2593.pdf>

#### 14. CD-ROM

Tolfo, S. (1999). Trabalho, inovação e participação: um estudo multicase em empresas do setor metal-mecânico do Rio Grande do Sul [CD-ROM]. In *Encontro Anual da ANPAD*, 23. São Paulo: Portifólio.

## 15. LEGISLAÇÃO

*Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.* (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 20 junho, 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

*Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996.* (1996, 10 de outubro). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.