



## O EMPODERAMENTO DOS CUIDADORES E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

## THE EMPOWERMENT OF CAREGIVERS AND ITS RELATION TO THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS

MATOS, Carla Maria Voitena de<sup>1</sup>

### RESUMO

O transtorno do espectro autista é um transtorno do neurodesenvolvimento e tem sido estudado cada vez mais na atualidade. Além dele, outros que se enquadram nos Transtornos Globais do Desenvolvimento. É na infância que a neuroplasticidade é maior, tendo em vista a quantidade de neurônios ativos que as crianças possuem em relação aos adultos. Com isto, torna-se fundamental que a Intervenção Precoce seja realizada, utilizando-se da capacidade neural para buscar maiores resultados. Muitas são as práticas realizadas para com as famílias a fim de proporcionarem intervenções adequadas para o desenvolvimento destas crianças, dentre estas, cita-se a Prática Centrada na Família. Esta, tem sido qualificada como uma prática ouro nos países mais desenvolvidos e no Brasil vem se instalando, principalmente através de profissionais que buscam melhores formas de proporcionar o acolhimento para essas famílias. Apresenta-se aqui, informações sobre esta prática e como ela está sendo considerável para as famílias no seu desenvolvimento global.

**Palavras-chaves:** Autismo. Prática Centrada na Família. Intervenção Precoce.

### ABSTRACT

Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental disorder and has been studied more and more nowadays. In addition, others who fall into the Global Developmental Disorders category. It is in childhood that neuroplasticity is greatest, given the amount

---

<sup>1</sup> Formada em Psicologia pela instituição UNIDEP – Pato Branco PR, em 2016. Psicóloga Clínica. E-mail: carla\_voitena@hotmail.com

of active neurons that children have compared to adults. With this, it becomes essential that the Early Intervention be carried out, using the neural capacity to seek greater results. There are many practices carried out with families in order to provide appropriate interventions for the development of these children, among these, the Family-Centered Practice is cited. This has been qualified as a gold practice in the most developed countries, and in Brazil it is becoming established, mainly through professionals who seek better ways to provide a shelter for these families. It is presented here, information about this practice and how it is being important for families in their global development.

**Key words:** Autism. Family-Centered Practice. Early Intervention

## 1 INTRODUÇÃO

Na atuação em Psicologia Clínica, tenho percebido a grande importância em envolver cada vez mais as famílias no processo psicoterapêutico, principalmente com as famílias de autistas. O tempo que passamos com estas crianças procurando desenvolver suas habilidades dentro dos consultórios, clínicas ou escolas é muito pouco se comparado ao tempo que eles passam em seu convívio familiar.

Desta forma, busquei apresentar baseando-se na Intervenção Precoce (IP) e Prática Centrada na Família (PCF) o quão importante é empoderar os responsáveis por estas crianças, a fim de que eles atuem diretamente e constantemente no desenvolvimento, estimulação e intervenção das mesmas. Ao envolvê-los, através de uma escuta ativa possibilitamos que suas dificuldades sejam expostas e acolhidas vislumbrando juntos, terapeuta e familiares; possibilidades de resolver tais demandas trazidas.

A PCF tem sido estudada e trabalhada nos países desenvolvidos e seus resultados grandiosos tem se expandido, chegando também ao Brasil. É através desta prática que possibilitamos o envolvimento e crescimento destas famílias, fazendo-as pertencentes à educação de seus filhos, sejam típicos ou atípicos.

## 2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento, ou seja, acomete as funções neurológicas que não se desenvolvem como deveriam em suas respectivas áreas cerebrais. As características variam muito de um indivíduo para o outro, e é por isso que nomeia-se “espectro”, tendo em vista sua amplitude.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V, 2014, p.50), em sua 5ª edição, descreve os critérios para diagnóstico do TEA como

- A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia. (...)
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia. (...)
- C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).
- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.
- E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Percebe-se que, os sintomas se referem as restrições na comunicação e interação social e a presença de padrões repetitivos e interesses restritos (rigidez nas rotinas, apego, seletividade, estereotipias, hiper ou hipo sensibilidades).

Na Tabela 2 (DSM V, 2014), encontra-se também as especificações sobre a questão dos níveis de suporte ao qual é diagnosticado o indivíduo com TEA. Sendo que para o “Nível 1 – Exigindo apoio; Nível 2 – Exigindo apoio substancial; Nível 3 – Exigindo apoio muito substancial” (DSM V, 2014, p.52). Para avaliar os níveis em que o indivíduo se encontra, utiliza-se critérios relacionados a quantidade de apoio em que ele necessita para realizar as atividades diárias, trabalhos e também se há presença ou não de comunicação. Ressalta-se de antemão que independentemente do nível em que é diagnosticado, este pode ser alterado após acompanhamento de terapias

adequadas e que também, todos os níveis necessitam de terapias, cada qual conforme sua necessidade.

Além do DSM V, os médicos também baseiam suas avaliações na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Recentemente ocorreram alterações no CID, este que se encontra em sua 11ª Edição, CID-11. No Brasil, entrou em vigor na data de 1º de Janeiro de 2022, logo, os médicos atuantes no território nacional devem utilizar-se do CID-11 para emitir seus laudos diagnósticos.

Dentro da categoria de “Distúrbios do Neurodesenvolvimento”, encontra-se no item 6A02, a descrição sobre o Transtorno do Espectro Autista, caracterizando-o com déficits persistentes na capacidade de iniciação e manutenção da interação e comunicação social e também por padrões de comportamento, interesse ou atividades restritas e repetitivas. Relata-se que geralmente se manifesta na primeira infância, e que conforme as demandas recebidas pelo indivíduo os sintomas podem se diferenciar no decorrer do seu crescimento.

Também é ressaltado que os déficits são suficientes “para causar prejuízo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes” (CID-11, s/p.), e que estes devem ser observáveis em todos os contextos.

Sobre os critérios para diagnóstico, destacam-se

Déficits persistentes em iniciar e sustentar a comunicação social e interações sociais recíprocas que estão fora da faixa esperada de funcionamento típico, dada a idade e o nível de desenvolvimento intelectual do indivíduo. As manifestações específicas desses déficits variam de acordo com a idade cronológica, habilidade verbal e intelectual e gravidade do transtorno (...). Padrões persistentes de comportamento, interesses ou atividades restritos, repetitivos e inflexíveis que são claramente atípicos ou excessivos para a idade e o contexto sociocultural do indivíduo.

O início do transtorno ocorre durante o período de desenvolvimento, tipicamente na primeira infância, mas os sintomas característicos podem não se manifestar plenamente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas.

Os sintomas resultam em prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. Alguns indivíduos com Transtorno do Espectro Autista são capazes de funcionar adequadamente em muitos contextos por meio de esforço excepcional, de modo que seus déficits podem não ser aparentes para os outros. Um diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista ainda é apropriado nesses casos (CID-11, s/p.).

Em ambos os manuais, nota-se a relevância que se dá na ausência de interação social e também os prejuízos significativos para o funcionamento pessoal, ressaltando suas questões de independência e autonomia. Percebe-se que são crianças que necessitam de cuidados diferentes, principalmente na primeira infância, onde terão que ser ensinados comportamentos que, para crianças típicas aprendem no decorrer de suas interações.

Estes aprendizados, tornam-se importantes para que eles possam se desenvolver com autonomia, possibilitando formas de se comunicar com o meio em que vivem. Ocorrem-se planejamentos pelos profissionais que farão uma avaliação e um programa de ensino (intervenção). Desta forma, pode-se alterar o nível de suporte diagnosticado, apresentando evoluções.

### 3 INTERVENÇÃO PRECOCE

As conexões cerebrais formam-se nos primeiros anos de vida. Através dos sentidos recebe-se variados estímulos o tempo todo e assim vão se construindo as estruturas cerebrais. Sabe-se que cada região do cérebro é responsável por alguma área, como por exemplo a amígdala na sua atribuição de valores emocionais ou o tronco encefálico pela memória.

Se apresentado alguma falha no desenvolvimento cerebral, em alguma região ou algumas conexões específicas, pode-se recuperar estas “falhas” através da neuroplasticidade.

Conexões neuronais estão continuamente sendo estabelecidas e desfeitas, todas modeladas por nossas vivências e nossos estados de saúde ou doença. A capacidade de alterar sua função, seu perfil químico (quantidade e tipos de neurotransmissores produzidos) ou estrutura dos neurônios é designada como **neuroplasticidade** (LUNDY-EKMAN, 2004, p.61).

Borella & Saccheli (2009, p.162) também definem neuroplasticidade, como as modificações do sistema nervoso duradouras “Ou ainda a capacidade de adaptação do sistema nervoso, especialmente a dos neurônios, às mudanças nas condições do

ambiente que ocorrem no dia a dia da vida dos indivíduos”. Com isto, o cérebro apresenta possibilidades de se desenvolver após ocorrerem falhas.

É importante definir também que “A plasticidade neural é maior durante a infância, e declina gradativamente, sem se extinguir na vida adulta” (BORELLA & SACCHELI, 2009, p. 162). Os autores Sally & Dawson (2014, p.14), também ressaltam que é na infância que a plasticidade está em maiores condições de se realizar.

A infância é considerada um período de grande plasticidade no desenvolvimento cerebral e potencial de aprendizagem. Dada a plasticidade dos cérebro jovens e o efeito da experiência na modelagem das funções e estruturas cerebrais, é de esperar que as experiências de intervenção contribuam para alterações no cérebro e no comportamento.

Esclarece-se que, o cérebro humano sempre terá a capacidade de realizar a plasticidade neural, porém, na infância é que possui maiores condições, tendo em vista que possui maior quantidade de neurônios ativos e que, muitas sinapses não foram cristalizadas ainda. Assim possibilita-se que novas redes neuronais sejam criadas, conforme as necessidades.

Através disto, pode-se ressaltar a importância da estimulação precoce. “O conceito de Intervenção Precoce (I.P.) refere-se a diferentes tipos de prestação de serviços conduzidos com o objetivo de prevenir, melhorar ou solucionar os problemas das crianças com risco grave de atraso no seu desenvolvimento e das suas famílias” (MARTINS, et. al, 2018, p.497).

Carvalho (2011, p.8), corrobora com Martins citando que a Intervenção precoce se baseia numa filosofia preventiva

que considera como objectivo principal, prevenir ou minimizar os problemas de desenvolvimento resultantes de situações de risco biológico ou ambiental/social, bem como de situações já com alterações do desenvolvimento estabelecidas, a par de um consenso alargado relativo ao direito, que têm essas crianças, entre os 0 e 6 anos, e as suas famílias, a um atendimento em programas de IP, sem o qual a sua situação tenderá a agravar-se.

Desta forma, esta prática ocorre em parceria com a família e demais cuidadores do sujeito. Segundo o autor Dunst destaca-se princípios que os programas

de intervenção precoce devem seguir, a fim de promoverem o desenvolvimento da criança:

centrar-se nas necessidades da família, fortalecendo o funcionamento individual e familiar; valorizar o sentido de comunidade, partilhando valores e necessidades comuns; respeitar crenças e valores na família; mobilizar recursos e apoios, construindo sistemas de suporte formais e informais; construir e fortalecer relações de cooperação entre pais e técnicos, partilhando ideias, experiências e práticas profissionais; e ter em conta o ambiente natural de aprendizagem da criança (Dunst apud Martins et. al, 2018, s/p).

O foco da intervenção está na criança e na sua família, observando o contexto em que ela está inserida e trabalhando com o todo. Desta forma, criam-se condições que facilitem o processo da aprendizagem, desenvolvendo as capacidades e a integração ao meio em que vive. Com a família, promove a interação familiar, reforçando a autonomia com o desenvolvimento de suas competências, participando ativamente de todo o processo de intervenção (MARTINS, et. al, 2018). Desta forma, assim como Carvalho (2011), é de grande valia que as respostas de avaliação e intervenção devem ser integradas e colocadas no meio em que a criança está inserida. Utiliza-se assim das oportunidades que se tem no dia-a-dia dentro da própria rotina familiar, para intervir naturalmente.

Quando as famílias são envolvidas diretamente no processo terapêutico permite que elas possam relacionar as aquisições de habilidades com todos os contextos em que a criança convive. Quando se fala em envolvimento da família, também pode-se contemplar o envolvimento das escolas e outras pessoas que estejam diretamente ligadas aos núcleos que ela está inserida, como avós, tios, padrinhos, babás e demais. “Devemos criar ambientes sociais em que as crianças com autismo tenham interação com terceiros durante as horas em que estão acordadas” (SALLY & DAWSON, 2014, p.30). E estas interações dar-se-ão se os pais e cuidadores estiverem aptos a se envolver com as crianças em interações contínuas durante o tempo que estão com elas.

Os autores complementam que os pais atuam juntamente com os profissionais formulando as prioridades da intervenção. Desta forma, atuam diretamente conseguindo implementar dentro de suas rotinas os objetivos do plano. “Os pais são coterapeutas, tanto no ensino do currículo de desenvolvimento, como no

trabalho pra mudar comportamentos indesejados” (SALLY & DAWSON, 2014, p.30). Dedicar-se exclusivamente a intervenção é importante, porém, ressalta-se que é crucial que em todos os momentos de interação que se tem com a criança seja um momento para intervenção. Como por exemplo, no banho, nas refeições, passeios e demais rituais diários.

Há muitas evidências sobre a interação dos familiares “à medida que os pais se tornam mais sintonizados com a comunicação e interesses dos seus filhos, estes aumentam a sua resposta sensitiva, nível de desenvolvimento de linguagem, cognição e desenvolvimento social” (SALLY & DAWSON, 2014, p. 31).

A criança está envolvida em um ambiente, o qual molda seus comportamentos e também é moldado por ela. Neste ambiente, as pessoas que interagem com ela diretamente ou indiretamente são corresponsáveis pelo seu desenvolvimento, visto que, auxiliam nos processos de estimulação. A criança é um produto ativo e vai moldando suas interações, estabelecendo seu desenvolvimento, na mesma medida em que é moldada. Existe uma ação transformadora e recíproca, da criança com o meio, seja físico, familiar e social, ela é “produto de uma série de transações e interdependências mútuas que evoluem ao longo do tempo, no decorrer das quais a criança não só responde, mas também altera o ambiente no qual está inserida” (CARVALHO, 2011, p.5).

#### **4 PRÁTICA CENTRADA NA FAMÍLIA**

Todas as crianças estão integradas num contexto familiar, ao qual é indissociável. A família faz parte de um sistema amplo composto por interações, que fazem com que a criança receba influências e trocas. “Assim, dentro desta perspectiva, não fará sentido considerar a criança isoladamente, passando-se a compreender a família no seu todo, bem como a ter em consideração outros contextos em que a criança está inserida” (CARVALHO, 2011, p.12).

É no contexto familiar que o desenvolvimento infantil acontece por primeiro, neste meio proporciona-se à criança novas sensações, construindo seu conhecimento de corpo e mundo através das relações. Também, auxilia-se no desenvolvimento das habilidades motoras, intelectuais, emocionais e de comunicação “e no caso de uma

criança com comprometermos sua família deve conhecer suas reais potencialidades e necessidades, para condução e prestação do cuidado ideal” (BRICHI; OLIVEIRA, 2013, p. 75).

Por consequência, a ideia chave das práticas centrada na família é “a passagem de informação à família, no sentido de a capacitar para a tomada de decisão em tudo aquilo que diz respeito não só à si própria, mas, também à criança e até mesmo ao seu envolvimento no programa “(CARVALHO, 2011, p.12).

Ao trabalhar com esta maneira, prepara-se os familiares/cuidadores para que eles possam ser os aplicadores das práticas em todos os momentos que estiverem com a criança. E também, eles são encorajados a decidirem juntamente com o profissional qual o melhor caminho a seguir.

Os pais são, assim, encorajados a tomar a iniciativa, utilizando a informação como desejarem, no contexto das rotinas de interação diária com os seus filhos. O que se pretende é o desenvolvimento das competências da família e não a sua dependência dos técnicos e serviços (CARVALHO, 2011, p.13).

A dimensão participativa das famílias é o componente essencial da eficácia das práticas centradas na família, atribuindo à elas o papel de protagonistas no processo de apoio às crianças (MACHADO, 2019).

Os profissionais estarão atuando a fim de proporcionar capacitação aos familiares, como forma de apoio técnico, para que eles possam utilizar-se das competências que possuem, mobilizando os recursos e ferramentas que estão ao seu alcance, encontrando formas de responder as suas problemáticas diárias. E também na responsabilização – empoderamento – destes pais, a fim de perceberem e posteriormente lidarem com suas demandas (CARVALHO, 2011).

Os autores Brichi e Oliveira (2013, p.75) apresentam premissas do modelo PCF, colocando a família como principal contexto de desenvolvimento da criança e que este núcleo (unidade família criança) está inserido num contexto ainda maior “ou seja, em uma comunidade, com as suas redes sociais, normas, valores e atitudes próprias” e complementam que articular estes recursos sociais e familiares permitem uma resposta integrada. Com isto, o trabalho para com as crianças vai além do atendimento em si, pois envolve todos os seus contextos e relações em que ela está inserida.

As autoras Lage & Snider (2002) citam que a mais poderosa ferramenta terapêutica é a parceria entre os pais e os terapeutas. Ao envolvê-los, faz com que sintam maior relevância no aprendizado e, portanto, orientam-se para objetivos que os fazem sentirem pertencentes ao processo. Desta forma também, move nos pais o que eles sentem em meio a tudo o que está acontecendo e a forma em que as coisas ocorrem. É uma parceria em que ambas as partes – pais e terapeutas – unem seus conhecimentos para criarem estratégias e aplicarem na prática, em todos os contextos.

Machado (2019, s/p.) cita que a abordagem centrada na família, relacionada a Intervenção precoce na Infância se particulariza por “(i) a família ser considerada capaz de tomar decisões informadas e (ii) pelas intervenções centrarem-se no fomento de competências e na mobilização de recursos e apoios para a família de uma forma individualizada, flexível e responsiva”.

Operacionalizando para a prática, isto significa que a IP deve englobar uma prestação de serviços que vise capacitar a família e corresponsabilizá-la na satisfação das suas necessidades, recorrendo-se, para isso, aos recursos formais (e.g., profissionais e serviços) e informais (e.g., amigos e vizinhos) existentes na comunidade (CARVALHO 2011, p.13).

Como citado por Carvalho e a correlação que Machado faz da PCF com a IP, nota-se a capacitação que deve ocorrer e a forma de trabalho que é conjunta.

Desta forma, a PCF é implementada através de qualidade técnica, práticas relacionais e participativas e equipe transdisciplinar. Sobre as práticas relacionais e participativas diferencia-se expondo que a primeira inclui práticas de escuta ativa, empatia e respeito, criando uma relação autêntica e próxima do profissional para com os familiares. E a segunda, são práticas individualizadas, flexíveis e sensíveis às preocupações e prioridades da família, fazendo com que ela se envolva efetivamente no processo e em todas as decisões tomadas (MACHADO, 2019).

Já sobre o modelo transdisciplinar consiste

num modo de funcionamento de uma equipa composta por profissionais de várias áreas (saúde, educação, etc.), que trabalham de uma forma colaborativa, cuja intervenção é prestada por um elemento da equipa – mediador de caso - que se encontra sempre apoiado pelos outros profissionais da equipa. Assim, a família não é sobrecarregada com visitas

de diversos especialistas e pode estabelecer, mais facilmente, uma relação de confiança com o mediador (MACHADO,2019, s/p.).

Nesta prática, as famílias são agentes de mudança e decisoras, mostrando qual é o melhor caminho, tendo em vista que elas são as maiores conhecedoras de seus contextos, comportamentos dos filhos, rotina, etc. Mas claro que, apoiadas pelo profissional que acolherá todas as nuances e auxiliará a nortear o caminho a ser seguido.

A intervenção baseada na prática centrada na família percebe a criança como um membro da estrutura, encorajando a família a tomar as decisões, fazendo com que tenham independência e capacidade para decidirem suas histórias. A família é convidada a discutir e pensar junto com os terapeutas os objetivos do processo. Elas também participam ativamente dos atendimentos e realizam as intervenções diretamente com a criança em todos os contextos que convivem. Com as orientações dos profissionais as famílias sentem-se mais seguras para promoverem a aquisição e manutenção das habilidades necessárias (BRICHI & OLIVEIRA, 2013).

A autora Maichin (2020) expõe que o trabalho de psicodiagnóstico interventivo é realizado em conjunto com os pais e a criança, fazendo com que se tornem participativos.

Assim, o psicodiagnóstico interventivo valoriza o conhecimento pessoal da criança e dos pais, considerando importante a compreensão que os pais têm sobre seus filhos. Dessa forma, a compreensão psicodiagnóstica será construída conjuntamente com os pais e com a criança (MAICHIN, 2020, p.198).

Dentro desta perspectiva, conforme os autores citados, pode-se perceber que o envolvimento das famílias no processo terapêutico traz grandes benefícios e melhores resultados são alcançados, tanto para a criança quanto para as famílias envolvidas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se fala em atrasos do desenvolvimento principalmente aos que apresentam transtornos do neurodesenvolvimento é fundamental que seja realizada

Intervenção Precoce, ou seja, atuar o quanto antes em programas de estimulação e desenvolvimento infantil. Desta forma, busca realizar programas que desenvolvam as habilidades que até então, foram limitadas no processo de aprendizagem.

Os estudos apontam que, somente os profissionais – mesmo que seja uma equipe trabalhando em conjunto, como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicomotricistas, dentre outros – não é o suficiente para gerar resultados significativos, tanto quanto, quando há o envolvimento das famílias no processo. Nota-se que ele se torna mais eficaz quando todos os contextos em que a criança está inserida se envolvem na intervenção.

Para este envolvimento ocorrer é necessário que os familiares sejam acolhidos, escutados e orientados, captando as suas necessidades e juntos decidindo as melhores escolhas para seu filho(a). Quando os familiares são acolhidos sentem-se pertencentes e apresentam-se mais responsáveis pelos resultados do processo, as evoluções já não são mais de responsabilidade somente dos profissionais, mas também da família, escola e demais pessoas do convívio. Tornando assim, o processo mais assertivo e eficaz, além de que, os responsáveis tomam decisões informadas e cientes dos resultados que virão.

Há muitos desafios e constantes, para que de fato seja colocado em prática, pois os profissionais ainda estão bitolados ao modelo biomédico. Mas vimos que, é de fundamental importância fazer com que os pais atuem como coterapeutas no processo terapêutico dos filhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM – 5 – Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BORELLA, M. de P.; SACCHELLI, T. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. Revista Neurociências, v. 17, n. 2, p. 161–169, 2009. DOI: 10.34024/rnc.2009.v17.8577. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8577>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRICHI, Ana Carolina Simões; OLIVEIRA, Alyne Kalyane Camara. A utilização da abordagem centrada na família na reabilitação neuropediátrica. Revista Brasileira de

Ciências da Saúde, ano 11, nº38, pp 74-81, out/dez 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol11n38.2006>. Acesso em: 05 set 2022

CARVALHO, Ana Alice Castro. A utilização da entrevista baseada nas rotinas (EBR) e da escala de avaliação das percepções dos educadores acerca das rotinas e do envolvimento da criança (EAPERE) na planificação de intervenções: um contributo em intervenção precoce. Dissertação de mestrado – Mestrado integrado em Psicologia. 2011. Universidade do Porto.

International Classification of Diseases Eleventh Revision (CID-11). Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

LAGE, Carla R.; SNIDER, Jacqui. Collaborative Practices in Early Childhood Intervention: the case for explicitly striving for maximal participation of families. *The Allied Health Scholar* (3), v.2. pp. 1-8. 2002. Disponível em: OI: 10.21913/TAHS.v3i2.1626. Acesso em: 8 set 2022.

LUNDY-EKMAN, Laurie. Neurociência: fundamentos para reabilitação. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MACHADO, Marisa Alexandra Maia. Perspectivas de famílias sobre as práticas de Intervenção Precoce na Infância: o que nos diz a literatura. *Revista Educação Especial*, vol. 32, pp 1-19, 2019. UFSM. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X29789>. Acesso em 29 ago 2022

MAICHIN, Vanessa. Os diversos caminhos em Psicoterapia Infantil, in: ANGERAMI, Valdemar Augusto (org.). *O Atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial*. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, p. 195-249, 2020.

MARTINS, Rosa; FREITAS, Patrícia; CARVALHO, Olívia de; PASCOINHO, João. Intervenção precoce: práticas e representações. *Revista Educação Especial*. V.31, n.62; p.495-512. jul/set 2018. Santa Maria. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial>. Acessado em: 21 ago 2022

SALLY J. Rogers & DAWSON, Geraldine. *Intervenção Precoce em Crianças com Autismo*. Edição 1. Lisboa: Editora Lidel, 2014.