

Psicoeducação como intervenção em diagnóstico tardio de Transtorno do Espectro Autista: um estudo de caso

Katieli Cassia Tavares Garcia¹

Jônatas de Oliveira²

Carla de Barros Menegat³

Daiane Rocha de Oliveira⁴

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que envolve déficits de interação social e comunicação, geralmente diagnosticado e tratado na infância, com intervenções para expandir a autonomia do sujeito. Porém, é um diagnóstico também propenso a ser tardio, na adultez, modificando a intervenção de acordo com cada necessidade. O objetivo deste artigo é explanar sobre a psicoeducação, uma ferramenta usada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como intervenção em casos de pacientes com comprometimentos leves de cognição e fala preservada, adequado às suas características individuais. Para isso, foi realizado um estudo de caso de um jovem adulto transgênero de 25 anos, que obteve nessa idade um diagnóstico de TEA, através de atendimentos realizados no período de julho de 2021 a maio de 2022. Os resultados mostraram melhora significativa do paciente relativo à sua auto-estima e identidade social, contribuindo para validar essa abordagem como sendo útil para intervenção em casos semelhantes.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Diagnóstico tardio; Psicoeducação.

1 INTRODUÇÃO

A experiência de estágio supervisionado foi realizada no período de julho de 2021 a junho de 2022, na clínica particular que faz parte da Rede Amor à Vida, localizada no município de Gravataí- RS. Dentro desse espaço acontece o projeto intitulado “Tratamento para Todos”, onde a instituição proporciona atendimento social em psicoterapia. Através desse projeto, os estagiários do curso de Psicologia têm a oportunidade de exercer a prática.

O objetivo deste material é relatar sobre um caso de diagnóstico tardio de Transtorno do Espectro Autista (TEA), com foco na psicoeducação como intervenção. A intenção é

¹ Estudante do Curso de Psicologia do Centro Universitário Cesuca. E-mail: katieligarcia@hotmail.com

² Psicólogo Clínico e Supervisor Local (Rede Amor à Vida). E-mail: jonatasdeoliveira@gmail.com

³ Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Cesuca. Mestre em Psicologia. E-mail: carla.menegat@cesuca.edu.br

⁴ Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Cesuca. Doutoranda em Psicologia. E-mail: daianeo@cesuca.edu.br

incentivar o aumento de estudos sobre intervenções em casos de TEA diagnosticados na adultez e com capacidade cognitiva preservada.

O TEA, segundo o DSM-V (2014), é um transtorno do neurodesenvolvimento que tem como características centrais: déficits persistentes na comunicação, interação e reciprocidade social; e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. É uma condição que inicia na infância, afetando o desenvolvimento e apresentando prejuízos em contextos variados, necessitando de intervenções profissionais para uma melhor adaptação (Volkmar & Wiesner, 2019; APA, 2014).

Em 1943, o Dr. Leo Kanner fez um estudo de rastreamento com 11 crianças com características de “um distúrbio inato do contato afetivo” e foi chamado de Autismo (Bernier et al., 2021; Volkmar & Wiesner, 2019; APA, 2014; Grandin & Panek, 2015). Apenas em 1980, no lançamento do DSM-III, o autismo foi considerado um diagnóstico clínico e atribuído um conjunto de sintomas, sendo incluído em uma categoria chamada Transtornos Globais de Desenvolvimento (Bernier et al., 2021; Volkmar & Wiesner, 2019; Grandin & Panek, 2015). Desde então várias classificações foram descritas ao longo da história, na tentativa de abranger todas as variações de níveis de funcionamento e sintomas que foram sendo detectados com as pesquisas seguintes, chegando ao conceito de espectro que temos atualmente, com a definição no DSM-V (Bernier et al., 2021; Volkmar & Wiesner, 2019; APA, 2014; Grandin & Panek, 2015).

O conceito de espectro remete a uma variação que não é gradual, o que torna muito limitado defini-lo apenas nos níveis leve, moderado ou grave em todo seu funcionamento (APA, 2014). O grau de comprometimento na linguagem, comunicação não-verbal, funções executivas, interação social e adequação à rotina diversificam substancialmente de um indivíduo para o outro, influenciando no seu nível de suporte e tipo de tratamento adequado (Bernier et al., 2021; Volkmar & Wiesner, 2019).

Essas mudanças ao longo das últimas décadas fizeram com que aumentasse o número de pessoas suscetíveis a ter o diagnóstico, devido à maior abrangência de sintomas característicos que foram se formando conforme os estudos avançaram (Grandin & Panek, 2015). Muitos casos de sintomas leves ficaram passíveis a ter seu diagnóstico de forma tardia, na adultez, influenciados por aspectos culturais, sociais, políticos e socioeconômicos (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021; Sukiennik et al., 2022).

Essas mudanças ao longo das últimas décadas fizeram com que aumentasse o número de pessoas suscetíveis a ter o diagnóstico, devido à maior abrangência de sintomas

característicos que foram se formando conforme os estudos avançaram (Grandin & Panek, 2015). Muitos casos de sintomas leves ficaram passíveis a ter seu diagnóstico de forma tardia, na adultez, influenciados por aspectos culturais, sociais, políticos e socioeconômicos (NICE, 2021; Sukiennik et al., 2022).

A sutileza de algumas manifestações em termos de habilidades sociais e estereotípias, associadas a habilidades cognitivas e linguagem preservadas, também podem contribuir para que o sujeito desenvolva estratégias de “mascaramento” ao longo do tempo que dificultam a identificação da necessidade do diagnóstico. Porém, esse quadro apresenta um bom prognóstico para quem inicia um tratamento psicoterápico na fase adulta (APA, 2014; Mizael, 2021).

Visando compreender a escolha da abordagem da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para esse caso, primeiramente, importa entender que ela tem como base a ideia de que a forma como pensamos sobre nós mesmos, as pessoas e o mundo influencia na maneira como sentimos e nos comportamos, refletindo no nosso bem estar de forma geral (Beck, 2021; Dobson e Dobson, 2011; Wright et al., 2010). Apoiada nessa premissa, ela objetiva intervir nas crenças disfuncionais, que geram distorções no modo como enxergamos a realidade ao nosso redor e produz sofrimento, reestruturando-as com ensinamentos sobre os transtornos, busca de autoconhecimento e técnicas específicas (Beck, 2021; Dobson e Dobson, 2011; Wright et al., 2010).

O referencial cognitivo-comportamental é destinado a trabalhar com pacientes com capacidade cognitiva e de linguagem preservadas, o que torna-o adequado ao caso em questão (Consolini et al., 2019; NICE, 2021). Além disso, outros aspectos podem tornar a TCC uma abordagem efetiva nessas condições, adequando à subjetividade e às características de cada sujeito. Seu princípio de ser semi-estruturado, objetivo e logo, previsível (dado a tendência a desconfortos por imprevistos) e seu foco psicoeducacional, pois sua abordagem prática torna o processo compreensível (Westbrook et al., 2011 como citado em Espanha & Happé, 2020).

Tendo em vista o princípio de ser educativo em que a TCC é fundamentada, a psicoeducação se mostra como uma estratégia que visa levar as informações necessárias ao paciente, com o intuito de torná-lo mais consciente de seu funcionamento e estratégias a sua disposição, promovendo alívio e empoderamento (Dobson & Dobson, 2011; Wright et al., 2010; Beck, 2021; Carvalho et al., 2019). Junto a outros princípios, como colaboratividade, objetividade e foco nas soluções, proporciona uma reestruturação cognitiva capaz de

promover ressignificação de si mesmo e de sua história, resultando em qualidade de vida para os pacientes adultos com TEA. É importante estar atento às especificidades do paciente, de forma a fazer as adequações necessárias para que o vínculo terapêutico seja construído de forma efetiva (NICE, 2021; Westbrook et al. 2011 como citado em Espanha & Happé, 2020; Carvalho et al., 2019).

2 METODOLOGIA

O respectivo artigo busca atingir o objetivo de apresentar os resultados através de uma abordagem qualitativa, num formato de estudo de caso. A pesquisa qualitativa é um tipo de abordagem que foca nos aspectos descritivos, observados e relatados do caso, através de ferramentas que permitam essa exploração (Creswell & Creswell, 2021). No caso deste artigo, trata-se de um estudo de caso, que consiste em um registro do aprofundamento do caso para um entendimento do tema em pesquisa (Gil, 2021).

A fim de preservar a identidade e privacidade do paciente em questão, será usado o nome fictício de Carlos para mencioná-lo ao longo do artigo. Carlos é um jovem adulto transgênero de 25 anos, solteiro, estudante universitário e que adquiriu ao longo do processo um diagnóstico de TEA. O paciente, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentiu a sua participação como sujeito desta pesquisa.

3 CASO CLÍNICO

Carlos acessou a clínica para buscar atendimento psicológico, onde passou por uma espécie de triagem chamada Acolhimento. O profissional que o acolheu, buscou entender sua demanda e avaliar sua condição socioeconômica, encaminhando-o para ser atendido por uma estagiária através do projeto “Tratamento para Todos”. O atendimento iniciou dia 12 de agosto de 2021 e finalizou no dia 27 de maio de 2022, totalizando 34 sessões.

O paciente em questão possui uma condição congênita ocular chamada nistagmo (causa baixa visão) e astigmatismo. Devido a essa condição, passou por 6 cirurgias nos olhos para correções e por catarata. Fazia graduação semipresencial em Letras-Ingês desde 2019 (se tornou remoto durante a pandemia, e atualmente faz totalmente em EAD em outra instituição). Estava diante da possibilidade de iniciar seu estágio obrigatório naquele

semestre, resultando em estresse e desconfortos físicos recorrentes, como dores de cabeça e enjoos.

Iniciou uma transição do gênero feminino para o masculino em 2012, com 18 anos, passando por uma equipe multiprofissional para avaliação. Entre esses profissionais, passou por uma psicóloga para avaliação psicológica dois anos antes da transição e um ano após. Todo esse processo foi coberto pelo plano de saúde do pai. Conforme seu relato, a profissional não trouxe nada sobre psicodiagnósticos, já que não era coberto pelo plano. Expôs que sua experiência com esse acompanhamento não foi tão satisfatória, pois tinha dificuldade em identificar seus sentimentos e dos outros quando era solicitado. Começou o uso de medicação hormonal mensal e concretizou a mudança de nome em 2014.

Atualmente mora com a mãe e a irmã de 20 anos. Desde 2012 os pais são separados. A mãe estuda Ciências Contábeis e a irmã também cursa Letras-Inglês. O paciente não possui um trabalho formal. A renda da família era de encomendas de salgadinhos que os três produziam em casa e correções de redações que a irmã e ele faziam, porém sofreram um impacto financeiro devido à pandemia. O pai auxiliava mensalmente com alguns custos, quando solicitado. Sua relação com seu genitor é bastante conturbada, relatando que nunca se sentiu aceito e acolhido em suas escolhas e diferenças, sendo frequentemente criticado.

Quando procurou o atendimento na clínica, falou sobre seu incômodo com barulhos e imprevistos. Disse ter “sensações que antes conseguia controlar e que agora estão mais difíceis. E algumas que não entendo por que acontecem” [sic]. Fazia uso de fluoxetina, porque havia um ano que não conseguia dormir mais de três ou quatro horas por noite. Gesticulava bastante e apertava as mãos, e disse que o ajudava a relaxar em situações novas.

Nas primeiras sessões, relatou que quando estava em um ambiente onde havia muitas pessoas conversando juntas e fazendo muito barulho, se sentia desorganizado e não conseguia focar no que estavam falando para interagir. Em casos mais extremos, sente dores de cabeça e náuseas. Quando se esforçava para permanecer no ambiente, se distanciava ou ficava o tempo todo sentado, sem esboçar reações e sem conseguir processar o que estava acontecendo no ambiente. Essas estratégias para se proteger desses desconfortos eram bastante aplicáveis e aceitáveis para ele na sua adolescência, porém com o tempo ele foi se sentindo incomodado por não conseguir se inserir com facilidade nas situações sociais.

Uma rotina com tarefas que são cumpridas em uma ordem fixa, desde a hora que acorda, também foi relatado. Está incluído nesses hábitos alguns horários determinados para ele assistir filmes e séries, um em cada horário do dia. Ele fica irritado quando não consegue

cumpri-las, e isso limita sua capacidade de continuar a rotina normalmente. Essas características se mostraram presentes na sua história pregressa com sofrimento e desorganização sensorial em ações como: não conseguir sentar na cadeira que estava acostumado na sala de aula ou ter que mudar de ambiente. Ele classificou como manias que não entendia por que ainda tinha, apesar da sua idade.

Ele relatou apresentar dificuldade para lidar com imprevistos, que surgem até um dia antes. Necessita de alguns dias para se preparar e conseguir enfrentar com maior tranquilidade e segurança, senão fica desorganizado e isso afeta mais que o comum a sua rotina e o seu sono. Isso se mostrou evidente em situações relatadas pelo paciente, em que os familiares e parentes, sabendo de sua condição, avisam-o de eventos com uma antecedência de pelo menos três dias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O relato inicial trazido pelo paciente como sua queixa principal, associado aos incômodos com barulhos e imprevistos, levou à necessidade de uma exploração sobre sua história prévia e atual. Com base em suas percepções e de seus familiares (sintomas), além de observações levantadas pela estagiária junto à supervisão (sinais), suas características relacionadas a prejuízos na comunicação social e padrões de comportamentos restritivos e repetitivos levou ao diagnóstico de TEA, segundo o DSM-V (2014).

Seu principal objetivo com a terapia era entender por que se sentia estranho e tinha tantas manias ainda, apesar da sua idade, e se era “frescura”. Queria poder se entender, já que na idade adulta isto estava resultando em maior sofrimento pelo distanciamento social que gerava. Levando em consideração as queixas do paciente, ele apresentava crenças negativas a respeito de si mesmo, devido à falta de informação sobre a causa daqueles comportamentos, estando sujeito a comorbidades. A modificação dessas crenças pelo conhecimento de sua condição está associada ao aumento de bem estar prolongado, segundo Beck (2021), e foi visível ao longo do processo com o paciente, pois foram diminuindo esses tipos de queixas.

Do processo de avaliação até o diagnóstico, o estímulo a reflexões com base nos seus interesses e sua história foram fundamentais para ele receber esse diagnóstico com maior tranquilidade (NICE, 2021). Seu laudo de deficiência visual possibilitou a ele uma reabilitação mais adequada e acesso a políticas de acordo com seus direitos, assim como se

sentiu satisfeito em poder ter esse apoio. Essa condição foi também associada às suas características, onde foi questionado sobre ter um diagnóstico que explicasse o seu funcionamento (no caso o TEA). A série Atypical (2017) foi utilizada para introduzir o assunto do TEA nas sessões e questioná-lo sobre identificações que percebia. O documentário Stimados Autistas (2021) foi sugerido após estabelecer o diagnóstico (por falar de casos de diagnósticos tardios), para que ele e a família trouxessem dúvidas para serem sanadas.

O paciente foi informado sobre a condução da terapia posteriormente, sendo direcionado com foco em pautas com base nas características do TEA, para auxiliá-lo nessa adaptação de perspectiva de vida em todas as áreas. Os tópicos que foram abordados no decurso das sessões seguintes foram selecionados de forma colaborativa, relacionados à: essência do autismo, estereotipias, funções executivas, emoções, disfunções no processamento sensorial e dificuldades na comunicação e interação social. Esse direcionamento da psicoeducação vai de encontro aos princípios da TCC (Beck, 2021), e favoreceu o vínculo terapêutico diante dessa previsibilidade que é favorável para a pessoa com TEA.

Cabe ressaltar que foi importante tomar o cuidado para que a linguagem usada fosse adequada para o seu entendimento e o ritmo da fala adaptado nos seguintes aspectos (NICE, 2021): falar de forma mais lenta e procurando não estender muitos tópicos sem intervalos, devido a dificuldade de sua memória de processar várias informações sequenciais. Esse ajustamento foi fundamental para que ele conseguisse absorver, refletir e trazer exemplos passados e atuais de sua vida para relacionar ao conhecimento apresentado, demonstrando que fazia sentido para ele. Para entender de que forma essas discussões foram importantes para uma reestruturação cognitiva, algumas situações relatadas por ele serão explicitadas.

Falar sobre as estereotipias e a hipersensibilidade sensorial foi importante para o paciente não se sentir inadequado por vivenciá-las, já que são fenômenos que trazem prejuízos e são incomuns. Nesse sentido, a psicoeducação tem o papel de promover autoconhecimento e aceitação, ao fazer um paralelo com sua história de vida e entender o porquê de determinados desafios, associado a origem e funções na sua regulação mental (NICE, 2013; Carvalho et al., 2019).

Foi fundamental ser levado como pauta uma psicoeducação sobre as funções executivas no TEA, para que ele entendesse o impacto no seu funcionamento e interações (Beck, 2021). Carlos apresentava distorções sobre si mesmo por haver situações em que a

fala da outra pessoa não era compreensível para ele. Logo, ele se considerava “burro” e ficava constrangido, evitando situações sociais que pudessem exigí-lo além do que considerava capaz de lidar e reduzindo sua autonomia. Esse julgamento se manifestava em situações similares que eram reproduzidas dentro da terapia. Após entender esses aspectos e perceber essa diferença de abordagem com base em nossas interações, ele se sentiu mais seguro para entrar sozinho em um atendimento que fazia parte de sua reabilitação, comunicando suas limitações a profissional, para que pudesse adequar ao seu entendimento.

Diante do sofrimento físico constante relatado pelo paciente, percebeu-se que a falta de conhecimento sobre seu transtorno o levava a desrespeitar seus limites, principalmente devido a uma cobrança em “mascarar” seu desconforto físico, por uma exigência que foi sendo construída pela família para fins de adequação social, nesse caso devido ao desconhecimento da condição (APA, 2014; Mizael, 2021). Esse conceito de “mascaramento” ou “camuflagem” foi apresentado, destacando ser um fenômeno comum entre pessoas com TEA de nível mais leve, levando-o à conscientização de seus limites e direito de ter autonomia para buscar o que for melhor para si (Mizael, 2021). Com isso, ele passou a avaliar e selecionar melhor as situações e eventos que frequentava, se sentindo à vontade para se retirar quando percebia que os desconfortos estavam excedendo sua capacidade.

Junto do conhecimento desse conceito anterior, uma psicoeducação sobre a fisiologia das emoções e suas funções também foi selecionada para pauta (Beck, 2021). O intuito era explicar como e por que as emoções se expressam em termos físicos, de forma a estimular seu automonitoramento e tornar o corpo um guia para ampliar sua consciência sobre suas necessidades. Esse entendimento permitiu que o paciente, diante de uma situação estressante envolvendo a faculdade, percebesse que estava se alterando e buscasse se distanciar para se acalmar, evitando que chegasse ao ponto de sentir dores e tensões prolongadas.

A parceria da família como "coterapeuta" é um fator importante como parte da adaptação da intervenção (NICE, 2021). Foi observado que a relação com a mãe e a irmã era acolhedora, formando uma rede de apoio que sempre o fortaleceu diante de suas dificuldades. Durante o processo terapêutico, as duas contribuíram consideravelmente para que ele trouxesse informações importantes sobre sua história, características e funcionamento. Além disso, conversavam e refletiam após as sessões com base no que era abordado, pois ele demonstrava dificuldades em perceber determinadas questões.

Pelo fato de um paciente com TEA ter dificuldades em identificar seus sentimentos, não foi possível obter um feedback explícito do processo, conforme é esperado na TCC, sendo necessário confirmar em seu comportamento. À medida que o processo foi se tornando familiar, percebeu-se que diminuíram as estereotípias e ele foi se mostrando mais relaxado. Além disso, era assíduo e ansiava por receber a mensagem automática da clínica para confirmação da consulta.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme visto ao longo desse estudo de caso, o paciente passou sua infância e adolescência sentindo os prejuízos do TEA e sem entender o porquê dessas limitações. Esse sofrimento teve prejuízos em sua auto-estima, levantando a necessidade de construir reflexões a partir de suas experiências e o conhecimento sobre as características do autismo, para ressignificar sua história e a forma como se posiciona diante dos desafios diários.

Devido a situação financeira do paciente impedir naquele momento que ele e a família buscassem um profissional que fizesse avaliação psicológica, para um diagnóstico mais apurado, junto com a não abrangência desse serviço no projeto da clínica, o paciente teve esse diagnóstico para fins de conceituação e intervenção, visando o seu bem estar, assim como indicação para a busca de um especialista posteriormente. Isso foi possível porque os critérios eram bastante evidentes, e ele foi avaliado por um período de 5 meses.

A busca por referenciais teóricos levou à conclusão de que há poucos estudos brasileiros trazendo evidências e adaptações do uso da TCC para pessoas com TEA, especificamente as que recebem o diagnóstico tardio e que possuem capacidade cognitiva preservada. Essa constatação demonstra a tendência dos esforços científicos para minimizar os prejuízos ao longo do desenvolvimento, porém pouco se considera o bem-estar desse grupo na adultez. O intuito desse artigo foi contribuir e incentivar para que haja mais pesquisas e publicações a respeito desse tema tão importante.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.

Basco, M.R.; Brown, G.K.; Thase, M.E. & Wright, J. H. (2019). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado*. Artmed.

- Beck, J. S (2021). *Teoria Cognitivo-Comportamental - Teoria e Prática*. Artmed.
- Bernier, R. A.; Dawson, G. & Nigg, J. T. (2021). *O que a ciência nos diz sobre o transtorno do espectro autista: fazendo as escolhas certas para o seu filho*. Artmed.
- Carvalho, M. R. de, Malagris, L. E. N. & Rangé, B. P. (2019). Introdução. In: Carvalho, M. R. de, Malagris, L. E. N. & Rangé, B. P. *Psicoeducação em Terapia Cognitivo Comportamental*. Sinopsys.
- Consolini, M., Lopes, R. F. F. & Lopes, E. J. (2019). Terapia Cognitivo-comportamental no Espectro Autista de Alto Funcionamento: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 38-50. Retrieved in Jun 8, 2022, from <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190007>.
- Creswell, J. D. & Creswell, J. W. (2021). *Projeto de pesquisa : métodos qualitativo, quantitativo e misto* (5ª ed.). Penso.
- Dobson, D. & Dobson, K. S. (2011). *A Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Evidências*. Artmed.
- Espanha, D. & Happé, F. (2020). How to Optimise Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for People with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Delphi Study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38, 184-208. Retrieved in Jun 8, 2022, from <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00335-1>.
- Gil, A. C. (2021). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Atlas.
- Grandin, T. & Panek, R. (2015). *O cérebro autista - pensando através do espectro*. Record.
- Mizael, T. M. (2021). Psicoterapia em adultos no espectro autista: primeiros passos para um atendimento minimamente adequado. *Neurodiversidade*, 1 (1), retrieved in Jun 8, 2022, from https://www.revistaneurodiversidade.com/_files/ugd/7ed518_64ea59970bb542d2a41e526b89b2ce64.pdf?index=true.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management, 142. London, England: NICE Clinical Guidelines. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554918/>.
- Scornavacca, F., Sukiennik, R. & Marchezan, J. (2022). Challenges on Diagnostics and Assessments Related to Autism Spectrum Disorder in Brazil: A Systematic Review. *Frontiers of Neurology*, 12(2). Retrieved in Apr 24, 2022, from <http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2021.598073/full#B24/>.
- Volkmar, F. R. & Wiesner, L. A. (2019). *Autismo: um guia essencial para compreensão e tratamento*. Artmed.