ANGELA MARIA AREIAS FLORENCIO

O DESENVOLVIMENTO DA COGNIÇÃO, DA SOCIALIZAÇÃO E DA LINGUAGEM POR MEIO DA INTERVENÇÃO EM GRUPO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2023

ANGELA MARIA AREIAS FLORENCIO

O DESENVOLVIMENTO DA COGNIÇÃO, DA SOCIALIZAÇÃO E DA LINGUAGEM POR MEIO DA INTERVENÇÃO EM GRUPO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Católica Dom Bosco
Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

F632d Florencio, Angela Maria Areias
O desenvolvimento da cognição, da socialização e da linguagem por meio da intervenção em grupo de crianças com transtorno do espectro autista / Angela Maria Areias Florencio sob orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits..-- Campo Grande, MS : 2023.
178 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- MS, 2023
Bibliografia: p. 99- 103

1. Autismo. 2. Linguagem (Psicologia infantil). 3. Cognição. 4. Políticas públicas I.Grubits, Heloisa Bruna. II. Título.

CDD: 155.41342

A dissertação apresentada por Angela Maria Areias Florencio, intitulada "**O desenvolvimento da cognição, da socialização e da linguagem por meio da intervenção em grupo de crianças com Transtorno do Espectro Autista"**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Inspira o futuro

A dissertação apresentada por **Angela Maria Areias Florencio**, intitulada **"O desenvolvimento da cognição, da socialização e da linguagem por meio da intervenção em grupo de crianças com Transtorno do Espectro Autista."**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestrado em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi **APROVADA**

Heloísa Bruna Grubits, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits
Profa. Dra. Anita Guazzaelli Bernardes
Dra.SESAU. Laura Marcia Rosa dos Santos

Campo Grande - MS, 10 de fevereiro de 2023.

DEDICATÓRIA

A Deus, por ser o ser supremo e ter me mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final.

Aos meus queridos docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UCDB, pelo qual venho demonstrar o quanto posso trazer enriquecimento à saúde por meio da pesquisa científica e de atuação do desenvolvimento humano.

A minha orientadora de dissertação, que, de maneira sábia e competente, exigiu o máximo de mim de modo que me tornasse uma grande pesquisadora.

A minha amada mãe (*in memoriam*) que sempre me incentivou na minha carreira.

A minha irmã (*in memoriam*), florzinha amada que sempre me incentivou e apoiou na profissão que escolhi para exercer, e sempre acreditou em mim.

Ao meu amado pai, que mesmo em meio ao luto, sempre me apoiou e investiu em mim para a concretização desse sonho.

Ao meu esposo, que sempre me incentivou e apoiou para que esse sonho se realizasse.

Aos meus sogros, que estiveram presentes me dando apoio para concluir mais essa etapa em minha vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, por ser presença constante em minha vida, e a base da minha vida e da minha família. Por me dar fé e forças para seguir meu caminho sempre em Sua presença. Por me proteger e deixar minha alma serena sempre que precisei. Agradeço de coração ao Deus eterno, invisível, mas real, que me deu a vida e a salvação. Sobretudo pelas palavras do salmista, *Deus é o nosso refúgio e fortaleza, socorro bem presente na angústia. Portanto não teremos, ainda que a terra se mude, e ainda que os montes se transportem para o meio dos mares. Aquietai-vos, e sabei que eu sou Deus, serei exaltado entre os gentios; serei exaltado sobre a terra* (Salmos 46:1, 2,10).

À Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits, minha orientadora, minha gratidão especial pela pessoa e profissional que é. Agradeço por sua dedicação, por vezes deixou o descanso de lado para me ajudar e orientar. Obrigada, principalmente, pela confiança em mim depositada ao longo desses anos de trabalho. Sua orientação, apoio, confiança e amizade tornaram esta pesquisa possível. Meus sinceros agradecimentos.

A minha mãe Sueli, que sempre nos guiou pelo melhor e ensinou a seguir os caminhos do Pai, e a ter uma fé inabalável. A minha irmã Cybelle, que sempre esteve ao meu lado, e por terem deixando em meu coração tantas boas lembranças. Às vezes, eu percebo um pouco do seu jeito em mim. E com uma saudade imensa no peito, eu espero o dia em que nos encontraremos de novo na morada de Deus. Amarei vocês para sempre.

Ao meu amado pai Sebastião, pelo companheirismo, amor, e todo o apoio que me dá, principalmente nestes dois anos de minha caminhada.

Meus pais nunca mediram esforços para fazer o melhor por mim e minha irmã, dedicando suas vidas a nossa educação e formação e sempre nos guiando pelo melhor caminho, com base no amor, na compreensão e na verdade.

À minha avó Olívia e a todos os familiares, que sempre torceram e oraram por mim. Que compreenderam os meus momentos de ausência em função do caminho que escolhi seguir.

Aos meus queridos sogros Ary e Ramona, que estiveram sempre presentes e dispostos a me ajudar e apoiar nos momentos que mais precisei.

Ao meu esposo Fábio, por estar sempre ao meu lado, me apoiando, motivando, dando amor e carinho. Por me ouvir nos momentos de anseios, dúvidas e angústias, com muita paciência e atenção. Pela confiança, respeito e cumplicidade e amor nesses quinze anos. Obrigada por tudo, você é o presente de Deus para minha vida.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de mestrado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Por isso, expresso aqui, com palavras sinceras, um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista e a minha sincera gratidão a todas elas.

Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse superar cada obstáculo em meu caminho e chegar aqui. Grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela felicidade que tenho.

À profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes, docente do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, por acreditar na conclusão deste trabalho e aceitar participar da banca examinadora, pelas preciosas sugestões e orientações e pela empatia e cordialidade. Agradeço pelos conselhos, sugestões e interesse em contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa.

À profa. Dra. Laura Marcia Rosa dos Santos, preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, meus sinceros agradecimentos, por me honrar com o aceite em participar da banca examinadora e contribuir diretamente para o meu aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Ao prof. Dr. Márcio Luís Costa, Coordenador do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, por toda atenção, suporte e apoio oferecidos e por toda compreensão e empatia comigo.

A todos os professores, funcionários e alunos do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Em especial à secretária Amanda Bairros dos Santos, por toda atenção e empatia, meu muito obrigada.

Um obrigado especial à fonoaudióloga Jéssica Lima Schneider, que esteve ao meu lado, me auxiliando em todos os aspectos práticos da pesquisa.

Ao meu amigo e colega de laboratório, fonoaudiólogo Jadson Justi, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, pela excelente relação pessoal que criamos. E muitas vezes me ajudou e me orientou neste árduo percurso acadêmico, compartilhando importantes conhecimentos comigo e me ensinando muitas coisas, pronto a me ajudar sempre que necessário.

Aos participantes desta pesquisa por terem oportunizado a realização deste estudo em prol do desenvolvimento da saúde e pela confiança e disposição em participar de todas as etapas propostas.

Iniciei o Mestrado em Psicologia em 2021, em março do mesmo ano perdi minha mãe pós-infecção de COVID-19. Deus e minha família me deram força para continuar, em muitos momentos pensei em desistir, pois passar pelo luto é um processo bem doloroso, com certeza foi à parte mais dolorida de todo esse processo.

Mas sou grata a todas as pessoas que direta ou indiretamente me auxiliaram até aqui, dedico este trabalho a cada um, da forma mais sincera que o coração pode desejar. Este trabalho só está sendo concluído graças a cada pessoa que me apoiou, incentivou e acreditou no meu potencial.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

O transtorno do espectro autista (TEA) é caracterizado por prejuízos nas áreas de interação social, linguagem e habilidades cognitivas, desde os primeiros anos de vida. E pesquisar se há benefícios na intervenção terapêutica fonoaudiológica em grupo com crianças com TEA atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, e se esta forma de procedimento pode possibilitar melhora da interação social, das habilidades cognitivas e linguagem, principalmente nos ambientes familiar e escola. A pergunta que norteou esta pesquisa foi: A intervenção em grupo traz benefícios para as crianças com transtorno do espectro autista, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, repercutindo na interação social, nas habilidades cognitivas e na linguagem? O objetivo geral foi apontar possíveis benefícios das interações sociais, da cognição e da linguagem, na intervenção em grupo de crianças com transtorno do espectro autista, atendidas no referido Centro. Participaram deste estudo quatro crianças com o diagnóstico de autismo, entre 24 e 56 meses de idade. Foram aplicados os seguintes instrumentos para avaliação: a escala Childhood Autism Rating Scale (CARS), em português, Escala de Avaliação do Autismo na Infância, que avalia a relação interpessoal, a imitação, a expressão corporal, os cinco sentidos, a comunicação verbal e não verbal; o Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI), que observou sete domínios no desenvolvimento infantil: cognitivo, socioemocional, linguagem receptiva e expressiva, motricidade ampla e fina; o Protocolo de Observação Comportamental (PROC), que avaliou a linguagem e cognição, e a Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL 2), que avaliou a aquisição do conteúdo (semântica) e estrutura (morfologia e sintaxe) da linguagem, pré-intervenção. Foram realizadas 12 sessões de atendimento, e, após o processo de intervenção, realizou-se a aplicação dos mesmos instrumentos. O método de pesquisa foi o estudo de caso, descritivo, com abordagem qualitativa. Todas as crianças apresentaram evolução na maioria das habilidades avaliadas. Os resultados ressaltam que existem relações entre o nível de compreensão e expressão da linguagem e as interações sociais. O estudo evidencia a relevância da avaliação da interação social, das habilidades cognitivas e de linguagem, para auxiliar nas intervenções terapêuticas dentro de uma lógica de cuidado, incluída nas diferentes abordagens terapêuticas na perspectiva do grupo dentro de uma linha de cuidado proposta dentro da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica. Conclui-se que a intervenção em grupo foi benéfica na maioria das habilidades, em todas as crianças. Podendo ser realizado um atendimento de qualidade no Centro de Atenção Psicossocial, oferecido pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: autismo, linguagem, cognição, grupo, políticas públicas

ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by impairments in the areas of social interaction, language and cognitive skills, from the first years of life. And research whether there are benefits in group speech therapy intervention with children with ASD treated at the Child and Adolescent Psychosocial Care Center, and whether this form of procedure can improve social interaction, cognitive skills and language, especially in the family and school environments. The question that guided this research was whether group intervention brings benefits to children with Autistic Spectrum Disorder, assisted at CAPS IJ, impacting social interaction, cognitive skills and language?

The general objective was to point out possible benefits of social interactions, cognition and language, in the group intervention of children with autism spectrum disorder, assisted at the Psychosocial Care Center for Children and Adolescents. Four children with the diagnosis of autism, aged between 24 and 56 months, participated in this study. The following assessment instruments were applied: the Childhood Autism Rating Scale (CARS), in Portuguese, Escala de Aprendizagem do Autismo na Infância, which assesses interpersonal relationships, imitation, body language, the five senses, verbal and non-verbal communication. verbal; the Dimensional Inventory for Child Development Assessment (IDADI), which observed seven domains in child development: cognitive, socio-emotional, receptive and expressive language, gross and fine motor skills; the Behavioral Observation Protocol (PROC), which assessed language and cognition, and the Language Development Assessment (ADL 2), which assessed the acquisition of content (semantics) and structure (morphology and syntax) of language, pre-intervention. Twelve service sessions were held, and, after the intervention process, the same instruments were applied. The research method was the case study, descriptive, with a qualitative approach. All children showed progress in most of the assessed skills. The results emphasize that there are relationships between the level of understanding and expression of language and social interactions. The study highlights the relevance of assessing social interaction, cognitive and language skills, to help with therapeutic interventions within a care logic, included in the different therapeutic approaches from the perspective of the group within a line of care proposed within the de-institutionalization and of psychiatric reform. It is concluded that the group intervention was beneficial in most skills, in all children. Quality care can be provided at the Psychosocial Care Center, offered by the Unified Health System.

Keywords: autism, language, cognition, group, public policy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenvolvimento normal e sinais de alerta para Transtorno do Espectro Autista (TEA)..... 16
Figura 2 - Estádios da inteligência..... 24
Figura 3 - Dados da anamnese..... 33
Figura 4 - Escala CARS - Childhood Autism Rating Scale…… 35
Figura 5 - Sete domínios..... 37
Figura 6 - Protocolo de observação comportamental (PROC)..... 38
Figura 7 - ADL 2..... 40
Figura 8 - Descrição narrativa ilustrativa..... 41
Figura 9 - Proposta de intervenção elaborada pela pesquisadora..... 43
Figura 10 - Resultado do IDADI – Participante A..... 59
Figura 11 - Resultado do IDADI – Participante B..... 61
Figura 12 - Resultado do IDADI – Participante C..... 62
Figura 13 - Resultado do IDADI – Participante D..... 63
Figura 14 - Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo – Participante A..... 67
Figura 15 - Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo– Participante A..... 68
Figura 16 - Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante A 69
Figura 17 - Resultado dos Aspectos do desenvolvimento cognitivo– Participante A 70
Figura 18 - Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo– Participante B..... 71
Figura 19 - Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo– Participante B..... 72
Figura 20 - Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante B 73
Figura 21 - Resultado dos Aspectos do desenvolvimento cognitivo – Participante B 74
Figura 22 - Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo– Participante C..... 75
Figura 23 - Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo – Participante C..... 76
Figura 24 - Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante C 76
Figura 25 - Resultado dos Aspectos do desenvolvimento cognitivo – Participante C 77

Figura 26 - Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo – Participante D..... 78
Figura 27 - Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo – Participante D..... 79
Figura 28 - Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante D 80
Figura 29 - Resultado dos aspectos do desenvolvimento cognitivo – Participante D 81
Figura 30 - 1ª sessão: Atividade de pintura, com canetinha e lápis - 20/6/2022..... 83
Figura 31 - 2ª sessão: Atividade de pintura, com canetinha e lápis e massinha – 27/6/2022..... 84
Figura 32 -3ª sessão: Atividade realizada com o material brincar de falar, bolinha de sabão e foi finalizada com uma caixa lúdica - 4/7/2022..... 84
Figura 33 - 4ª sessão: Atividade realizada com quebra-cabeça e pescaria - 11/7/2022..... 85
Figura 34 - Atividade de quebra-cabeça..... 85
Figura 35 - Atividade de pescaria..... 85
Figura 36 - 5ª sessão: Atividade realizada com bolinha de sabão e futebol. O atendimento iniciou-se na sala de terapia e depois na área externa do CAPS - 18/7/2022..... 86
Figura 37 - 6ª sessão: Atividade de pintura com lápis de cor e canetinha, caixa lúdica e histórias para brincar (da empresa: materiais para brincar) - 25/7/2022..... 86
Figura 38 - Atividade de pintura..... 87
Figura 39 - Atividade histórias para brincar..... 87
Figura 40 -7ª sessão: caixa sensorial de areia com miniaturas e quebra-cabeça com 2 peças - 1º/8/2022..... 88
Figura 41 - Atividades com caixa sensorial..... 88
Figura 42 - Atividades com caixa sensorial..... 89
Figura 43 - 8ª sessão: Atividade lúdica livre - 8/8/2022..... 89
Figura 44 - Atividade lúdica..... 89
Figura 45 - 9ª sessão: Atividade com livros, separados por categorias semânticas e atividade lúdica - 15/8/2022..... 90
Figura 46 - Atividade com livros: letras..... 90
Figura 47 - Atividade com livros: letras..... 90
Figura 48- Atividade com livros: opostos..... 91
Figura 49 -10ª sessão - Atividade cada coisa em seu lugar – 22/8/2022..... 91
Figura 50 - Atividade cada coisa em seu lugar 92
Figura 51 - 11ª sessão: atividade com fruta crec-crec e massinha de modelar - 29/8/2022..... 92
Figura 52 - Atividade crec-crec..... 92
Figura 53 - Atividade com massinha de modelar..... 93

Figura 54 - 12ª sessão: Atividade de encerramento: lúdica e lanche coletivo - 5/9/2022..... 93
Figura 55 - Atividade lúdica..... 94
Figura 56 - Lanche de encerramento..... 94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Crianças participantes da intervenção elaborada pela pesquisadora.....	49
Tabela 2 - CARS – Participante A.....	54
Tabela 3 - CARS - Participante B	55
Tabela 4 - CARS – Participante C.....	56
Tabela 5 - CARS – Participante D.....	57

LISTA DE SIGLAS

APA	-	Associação Americana de Psiquiatria
ADL 2	-	Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem
CAAE	-	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSij	-	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CARS	-	Childhood Autism Rating Scale (em português, Escala de Avaliação do Autismo na Infância)
CDC	-	Centers for Disease Control and Prevention (em português, Centros de Controle e Prevenção de Doença)
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CID–10	-	Classificação Internacional de Doenças
DSM–5	-	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EUA	-	Estados Unidos da América
IDADI	-	Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PMCG	-	Prefeitura Municipal de Campo Grande
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
PROC	-	Protocolo de Observação Comportamental
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
SESAU	-	Secretária de Saúde Pública
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	-	Transtorno do Espectro Autista
TGD	-	Transtornos Globais do Desenvolvimento
UCDB	-	Universidade Católica Dom Bosco
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 1
2 REFERENCIAL TEÓRICO..... 3
2.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL..... 3
2.1.1 Centro de Atenção Psicossocial..... 4
2.1.2 Fonoaudiologia no Centro de Atenção Psicossocial..... 9
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA..... 11
2.2.1 Classificação de Transtorno do Espectro Autista de acordo com o DSM-5..... 12
2.2.2 Classificação de Transtorno do Espectro Autista de acordo com a CID–10..... 14
2.2.3 Desenvolvimento cognitivo (função representativa)..... 17
2.2.4 Desenvolvimento da linguagem (função social)..... 21
2.2.5 Orientações aos pais das crianças autistas..... 25
2.2.6 Grupo terapêutico com autistas na saúde mental..... 26
3 OBJETIVOS..... 28
3.1 OBJETIVO GERAL..... 28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 28
4 MÉTODO..... 29
4.1 CARACTERIZAÇÃO/TIPO DE ESTUDO..... 29
4.2 LOCAL DE PRODUÇÃO DE DADOS..... 31
4.3 PARTICIPANTES..... 31
4.3.1 Critérios de inclusão..... 31
4.3.2 Critérios de exclusão..... 32
4.4 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS..... 32
4.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA..... 33
4.5.1 Ficha de acolhimento..... 33
4.5.2 Entrevista semiestruturada..... 33
4.5.3 Childhood Autism Rating Scale (CARS)..... 34
4.5.4 Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI).. 36
4.4.5 Protocolo de Observação Comportamental (PROC)..... 37
4.5.6 Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL 2)..... 39
4.5.7 Roteiro para registro contínuo dos atendimentos..... 40
4.6 PROCEDIMENTOS GERAIS..... 41

4.7 ANÁLISE DE DADOS..... 44
4.8 ASPECTOS ÉTICOS..... 45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 49
5.1 ANAMNESE..... 49
5.1.1 Participantes da pesquisa..... 49
5.1.1.1 Participante A..... 50
5.1.1.2 Participante B..... 51
5.1.1.3 Participante C..... 51
5.1.1.4 Participante D..... 52
5.2 COMPARATIVO DOS RESULTADOS OBTIDOS PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO EM GRUPO..... 52
5.2.1 Childhood Autism Rating Scale (CARS) 52
5.2.1.1 Participante A..... 53
5.2.1.2 Participante B..... 55
5.2.1.3 Participante C..... 56
5.2.1.4 Participante D..... 57
5.2.2 Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil..... 58
5.2.2.1 Participante A..... 58
5.2.2.2 Participante B..... 60
5.2.2.3 Participante C..... 61
5.2.2.4 Participante D..... 63
5.2.3 ADL 2 - Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem - protocolo de aplicação e pontuação..... 65
5.2.3.1 Participante A..... 65
5.2.3.2 Participante B..... 65
5.2.3.3 Participante C..... 66
5.2.3.4 Participante D..... 66
5.2.4 PROC – Protocolo de Observação Comportamental - avaliação e reavaliação..... 67
5.2.4.1 Participante A..... 67
5.2.4.2 Participante B..... 71
5.2.4.3 Participante C..... 75
5.2.4.4 Participante D..... 78

5.2.5 Descrição narrativa ilustrativa: individual e grupo..... 82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 96
REFERÊNCIAS..... 99
APÊNDICES..... 104
ANEXOS..... 117

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema surgiu há alguns anos, durante a atuação da autora em um Centro de Atenção Psicossocial de Campo Grande, MS. Formada em Fonoaudiologia e Pedagogia, a pesquisadora do presente estudo percebeu um aumento significativo de crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) nos últimos anos, em sua vivência diária de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e em consultório particular.

Por vários anos, após a formação acadêmica, e realizando estudos sobre TEA e atendimento em grupo no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) para aprimoramento profissional, percebeu-se que, nos últimos cinco anos, a intervenção em grupo na área da linguagem, interação social e cognição não era aprofundada e explorada no meio científico.

A motivação para este trabalho surgiu da experiência da pesquisadora em atendimento individual e em grupo com crianças autistas realizados no referido Centro, também pela relevância do atendimento em grupo de crianças autistas no SUS, principalmente quanto aos aspectos da interação social, habilidades cognitivas e linguagem.

O CAPSij1 realiza atendimento às crianças com autismo. Os atendimentos no CAPS são realizados por meio de oficinas terapêuticas de modo a favorecer principalmente a socialização e a funcionalidade de crianças e adolescentes nos ambientes em que estão inseridos, por exemplo, na escola e na rotina familiar e na comunidade.

O Centro de Atenção Psicossocial é um local promotor de cuidado, onde o indivíduo pode exercer sua cidadania e ter garantia de sua inclusão social (Brasil, 2011), sendo um dos serviços de referência para o cuidado às pessoas com transtornos mentais, incluindo TEA.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (2014), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014), o transtorno do espectro autista é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e na interação social em contextos diversos, e em habilidades para manter e compreender relacionamentos sociais (DSM-5, 2014).

Além da socialização, é importante ter uma comunicação funcional. A criança precisa ser estimulada a interagir com o interlocutor, aprender a questionar, fazer e refazer hipóteses, o que justifica o estudo sobre a intervenção em grupo com crianças com diagnóstico de TEA. Para Zorzi (1993), a linguagem deve ser idealizada no contexto da interação social.

---

[1]Em 2003, a Saúde Mental de Campo Grande, MS, instituiu o primeiro CAPS geral, e, em junho de 2005, foi inaugurado o CAPSij.

O autor ainda acrescenta que se precisa pensar nas crianças que apresentam atraso na aquisição e no desenvolvimento da linguagem, ou seu desenvolvimento ocorre de maneira lentificada, de forma a comprometer tanto a linguagem expressiva quanto a compreensiva.

Zorzi (1993) ainda discorre sobre a forma como a criança brinca e como associar essa interação com os objetos e o desenvolvimento cognitivo.

Este estudo verifica se a intervenção em grupo pode propiciar melhora da interação social, das habilidades cognitivas e da linguagem. Podendo ainda proporcionar atendimento de qualidade para um número maior de crianças e adolescentes. Sabe-se que ainda existem poucos levantamentos bibliográficos sobre o tema transtorno do espectro autista dentro da Rede de Atenção Psicossocial, desta forma, este estudo objetivou suprir um pouco da lacuna existente, principalmente na cidade de Campo Grande, MS.

As hipóteses deste trabalho foram: se a intervenção em grupo favoreceu a melhora das habilidades de interação social, habilidades cognitivas e linguagem das crianças atendidas no CAPSij e se com incentivo às interações sociais, durante as intervenções em grupo, desta forma poderia se observar melhora dessa habilidade em outros espaços sociais, como no ambiente familiar e escolar.

Para verificar os aspectos relacionados à linguagem, cognição e interação social foram aplicados quatro instrumentos, tais quais: Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Anexo F), Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI) (Anexo G), Protocolo de Observação Comportamental (PROC) (Anexo D) e Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL 2) (Anexo E), como aportes terapêuticos.

Os instrumentos aplicados foram analisados pela pesquisadora, de modo que está descrito neste trabalho na sessão resultados e discussões, onde será possível responder à pergunta que norteou esta pesquisa e observando-se os objetivos nesta delineados.

Acredita-se que, com a finalização deste estudo, a intervenção em grupo será demonstrada como benéfica para o melhor desenvolvimento da interação social, das habilidades cognitivas e linguagem, sendo uma alternativa para atender com qualidade as crianças por meio de atividades coletivas e em grupo.

Optou-se por utilizar a nomenclatura Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, por estar assim descrito na Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012a). Nos artigos selecionados para esta pesquisa, observou-se a sigla CAPSij, e desta forma será utilizada neste trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

De acordo com a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é ampliar o acesso ao tratamento das pessoas com transtorno mental; propiciar o acesso dessas pessoas à atenção psicossocial; e garantir a articulação e integração da rede de saúde, permitindo que a pessoa seja acompanhada pelas redes de saúde no território, considerando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo na atenção básica, sendo encaminhado para a atenção psicossocial sempre que houver necessidade, poderão ser acompanhadas pelas unidades que atendem urgências, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais.

Essa Portaria "Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde".

De acordo com a mesma Portaria, as unidades que constituem a Rede de Atenção Psicossocial são: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços de Residências Terapêuticas) e Reabilitação Psicossocial (Centros de Atenção Psicossocial) (Brasil, (2004)

Ainda de acordo com Brasil (2004), o Sistema Único de Saúde permite acesso gratuito, público e universal às ações e aos serviços de saúde. De forma integral, cuidando do indivíduo como um todo; com equanimidade, atendendo a todos e respeitando suas diferenças; descentralizando os recursos e oferecendo tratamento de boa qualidade, mais perto de onde os usuários estão; além do controle social, com representação dos usuários, trabalhadores e organizações da sociedade civil, nos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde.

Segundo a cartilha "Linha de cuidado da pessoa com Transtorno do Espectro Autista" pode-se observar que a linha de cuidado com relação à saúde dos autistas necessita ser guiado por conhecimentos teóricos visando ao indivíduo como um todo, por meio de clínica ampliada e compartilhada com a equipe e a própria pessoa, favorecendo o tratamento humanizado, dando autonomia e permitindo que a pessoa e seus familiares sejam protagonistas em todas as etapas da sua vida (São Paulo, 2022).

Para o tratamento de pessoas autistas, sugere-se a escolha da abordagem que leve em consideração a individualidade do autista. Desta forma, é importante que haja articulação efetiva entre os serviços, associando as diversas práticas e os saberes com a finalidade de garantir melhor evolução terapêutica.

Ainda de acordo com a referida cartilha, é importante que a articulação da rede esteja presente a partir do momento da investigação diagnóstica, como durante todo o acompanhamento da pessoa no tratamento, analisando quais são as demandas que a pessoa com autismo e seus familiares e/ou cuidadores trazem no momento (São Paulo, 2022).

Segundo Saraceno (1996), a reabilitação psicossocial é a questão da contratualidade, um processo de reconstrução, onde o indivíduo pode exercer sua plena cidadania, dentro do seu meio social: sua casa, rede social e ambiente de trabalho. A contratualidade é o lugar onde se realizam as trocas afetivas e materiais no contexto social do indivíduo. O autor ainda faz uma reflexão epidemiológica sobre como alcançar resultados a partir da reabilitação, ou seja, diminuir a cronicidade e aumentar a capacidade de o indivíduo estar inserido na comunidade.

A reabilitação psicossocial vai além da técnica, existem variáveis que influenciam esse processo, englobando todos os atores: a família, os profissionais envolvidos no atendimento e a comunidade onde o indivíduo está inserido. Neste trabalho, a atenção é no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

2.1.1 Centro de Atenção Psicossocial

Observa-se que, de acordo com Couto, Duarte e Delgado (2008), a saúde mental infantil e juvenil demorou em ser incluída na agenda das políticas de saúde mental, nacional e internacionalmente, por variados fatores. Primeiramente, pela grande extensão de transtornos relacionados à saúde mental infantojuvenil, que englobam desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até transtornos de conduta, depressão, de ansiedade, uso abusivo de substâncias, entre outros.

Kupfer (1999) afirma que o diagnóstico de autismo e psicose infantil é recente. No início do século passado, as crianças eram englobadas no grupo de deficientes mentais. O que fazia com que naquela época as crianças fossem diagnosticadas como sem cura e o destino era o isolamento/abrigamento hospitalar. Elas entravam no grupo de “demência precocíssima”.

A autora refere que é importante fazer a distinção no diagnóstico entre psicose e autismo, pois o tratamento é diferente para as patologias, e as orientações familiares também.

Melanie Klein diagnosticou o célebre Pequeno Dick com esquizofrenia, talvez atualmente fosse diagnosticado com autismo. Desta forma, essas patologias causavam o isolamento.

Junqueira e Carniel (2012) fizeram algumas colocações importantes sobre as atividades em grupo durante a abertura do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Foi aí que Franco Basaglia e equipe começaram a ir contra as condutas violentas e autoritárias presentes nos manicômios, originando maneiras diferentes de tratar a loucura, sendo o inspirador da reforma psiquiátrica e no cuidado às pessoas com transtorno mental em diferentes países, assim como no Brasil.

As autoras afirmam que na saúde mental são utilizadas diversas configurações de grupos como tratamento terapêutico para cuidar de pessoas em sofrimento mental. A experiência italiana pode colaborar com as políticas associadas à saúde mental e ao atendimento em grupo.

No fim dos anos de 1970, iniciou-se o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, tendo dentre suas lutas a mudança no tratamento oferecido no modelo hospitalocêntrico, de modo a sugerir uma nova perspectiva de olhar para as pessoas com transtornos mentais. Por meio dos atendimentos oferecidos em grupo se consideram que as atividades coletivas dão liberdade às pessoas aprisionadas por seu transtorno mental, relacionadas à vida e ao fato de existir.

As autoras ainda afirmam que Basaglia tornou a iniciar a inativação do hospital psiquiátrico por meio da criação de uma nova forma de atendimentos às pessoas institucionalizadas, de modo a reinserir essas pessoas na sociedade. A desinstitucionalização tem relação com a quebra do modelo hospitalar psiquiátrico que isolava e separava as pessoas, e não cuidando delas.

Para Amarante (1995), a desinstitucionalização significou a desconstrução do modelo hospitalar. Superando o modelo anterior que era centrado na doença, passando a se concentrar no sujeito e não na doença. A desinstitucionalização constitui tratar o sujeito como um todo, respeitando sua existência.

Permitindo que o sujeito tenha possibilidade de socialização, respeitando a subjetividade e dignidade de cada indivíduo. Antes a pessoa era excluída da sociedade, impedida de exercer sua cidadania e com seus direitos violados. A desinstitucionalização vem para transformar as pessoas em “novos sujeitos de direito” e favorecendo “novos direitos para os sujeitos”.

A institucionalização não protegia a pessoa, e era um ambiente que favorecia a violência, perda da autonomia e ainda controlava o sujeito (Amarante, 2014). Era necessário

que a pessoa tivesse autonomia, e fossem tratadas como sujeitos. O autor ainda cita que, no final dos anos de 1970, existia entre 80 e 100 mil leitos psiquiátricos no Brasil, estimativa feita por Luiz Cerqueira, e, em 2014, cerca de 30 mil leitos.

Amarante (2014) refere que:

Minha luta atual é que se pode até suspender a medicação. Isso para médico é um absurdo: eles não acreditam que se possa ser um psicótico sem tomar antipsicótico. É um mito que a indústria farmacêutica criou, que só há um jeito dele se manter vivo, tomando remédio. (p.3).

A reforma psiquiátrica teve grande influência na criação dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. Tendo seu início no País após o contexto internacional se movimentar para oferecer o tratamento humanizado às pessoas com transtorno mental, de modo que houvesse o envolvimento dos trabalhadores da saúde, familiares e usuários, favorecendo o fim da violência no ambiente de manicômio, de acordo com Almeida (2010).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) no Brasil foram criados como um local promotor de cuidado, onde o indivíduo pode exercer sua cidadania e ter garantia de sua inclusão social, sendo substitutivo ao modelo hospitalar asilar manicomial. Esses pontos são de atenção estratégica da Rede de Atenção Psicossocial, onde os serviços de saúde são de caráter aberto e comunitário.

Sendo constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar (Brasil, 2011).

Segundo se observa em Brasil (2004), o primeiro CAPS do País foi inaugurado em março de 1986. Fazendo parte de movimentos sociais, iniciado por profissionais da saúde mental, que denunciavam as situações delicadas e críticas dos hospitais psiquiátricos, buscando melhores condições de atendimento a esse tipo de tratamento no Brasil.

De acordo com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que discorre sobre o tratamento de pessoas com transtornos mentais, no âmbito do SUS, este deve ocorrer respeitando os direitos do indivíduo e sua vontade no tratamento, sem qualquer tipo de discriminação.

A Lei ainda refere que a pessoa com transtorno mental tem que ser respeitada em sua totalidade, recebendo um tratamento humanizado, com direito a ser orientado sobre o tratamento, preferencialmente em ambiente externo ao ambiente hospitalar e o menos invasivo e em liberdade. Essa Lei ficou conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, e seu

objetivo principal diz respeito à forma de tratamento por meio da reinserção do indivíduo no seu meio social.

A assistência prestada ao paciente no CAPSij inclui as seguintes atividades: atendimento individual (incluindo tratamento medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social, entre outros) (Brasil, 2001, 2002).

Atendimento em oficina terapêutica realizada por profissional de nível médio ou superior; além de visitas e atendimentos domiciliares. É realizado atendimento à família; atividades comunitárias com enfoque na integração da criança e do adolescente nos âmbitos familiar, escolar e na comunidade de modo a favorecer a inserção social; são realizadas também ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (Brasil, 2002).

Observa-se que Mielke et al. (2009) também descrevem sobre as atividades desenvolvidas no espaço do CAPS e a atuação em equipe multiprofissional. As atividades são as citadas anteriormente e acrescentam as atividades físicas, lúdicas, arteterapia, além da medicação, que antes foi considerada a forma de terapêutica principal para o tratamento de pacientes com transtorno mental grave.

O objetivo principal do atendimento psicossocial realizado no CAPS visa a favorecer a interação social, estimulando o fortalecimento de vínculos sociais e familiares, propiciando melhora no relacionamento com seus pares. Deste modo, a família tem papel essencial no tratamento. O CAPSij atende crianças e adolescentes com comprometimentos graves psiquicamente, incluindo aqueles relacionados ao autismo, às psicoses, às neuroses graves e a todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, e realizar projetos de vida, e que apresentem alterações funcionais (Brasil, 2004)

Para ser atendida no CAPS, a pessoa pode procurar diretamente o serviço, sem necessidade de encaminhamento. Ao chegar à unidade, o usuário será acolhido, nesse momento será realizada uma escuta qualificada de seu sofrimento. Esse primeiro atendimento visa a compreender o que a pessoa que está procurando o serviço necessita, e também já se inicia o vínculo terapêutico (Brasil, 2004)

A partir desse primeiro atendimento, o paciente, que é elegível para o tratamento no CAPSij, tem um profissional responsável para acompanhar o caso, é o Técnico de Referência, sendo o responsável pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é realizado para um sujeito ou para o coletivo, resultante da discussão em equipe interdisciplinar, como apoio matricial, se necessário. Caso a pessoa não aceite o tratamento ou

não seja favorecida com o tratamento que o CAPS oferece, deve-se encaminhá-la para outro serviço de saúde que seja mais apropriado para suas necessidades.

O apoio matricial é o cuidado compartilhado na Rede de Atenção Psicossocial (CAPS, Unidade Básica de Saúde), visando à garantia da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde, sendo um conjunto de propostas de procedimentos terapêuticos (Brasil, 2007). Deve conter o diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

Os CAPS podem proporcionar acolhimento diurno, e,quando possível, oferecer acolhimento noturno. O ambiente deve ser acolhedor, ao mesmo tempo em que seja terapêutico, visando a atender as pessoas em situação de crise, disfuncional e que no momento não consigam participar das atividades oferecidas pela unidade. O objetivo do CAPS é realizar acolhimento adequado no momento de crise à pessoa em intenso sofrimento psíquico, de forma a evitar as internações (Brasil, 2004)

Segundo a Prefeitura Municipal de Campo Grande (PMCG, 2017), MS, em maio de 2017, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil tornou-se o primeiro CAPSij especializado no atendimento de crianças e adolescentes, com funcionamento 24 horas por dia, da região Centro-Oeste, sendo o terceiro no País a ofertar esse tipo de atendimento; as outras duas unidades do CAPSij estão localizadas no Estado de São Paulo.

A partir da inauguração, estão em funcionamento oito leitos em regime de acolhimento noturno. Na época da inauguração, a psiquiatra Dra. Ana Carolina Ametlla Guimarães era coordenadora de Saúde Mental da Secretária de Saúde Pública (SESAU), e referiu que a demanda de atendimento ofertada inclui o autismo, as psicoses e as neuroses graves e ainda aqueles que se encontram com os laços sociais rompidos, por conta do transtorno mental.

O CAPS oferece atendimento respeitando as individualidades e necessidades da pessoa, e de acordo com a Portaria nº336/2002, os atendimentos podem ser: intensivo, quando o tratamento é realizado todos os dias, e é indicado para pessoas em grave sofrimento psíquico; e o semi-intensivo pode ser realizado até doze dias por mês, e a pessoa ainda necessita de atenção da equipe, mas já apresentou melhora do sofrimento psíquico (Brasil, 2002).

O atendimento não intensivo pode ser realizado três dias por mês, quando a pessoa já consegue retornar às atividades diárias (escola, família) e está inserido no território. Todas as formas de tratamento citados anteriormente podem ser realizados na residência da pessoa caso

haja necessidade. Está forma de tratamento é centrado no território, na família e na equipe multidisciplinar.

Segundo Humberto Costa, Ministro da Saúde do Brasil, em 2005, a população de crianças e adolescentes que apresentavam transtornos mentais variava entre 10% e 20% da população infantojuvenil. O tratamento intensivo seria de 3% a 4% dessa população. Os transtornos mais frequentes citados são deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade. Foi observado índice de suicídio maior e aumento no uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2005).

De acordo com Cumim e Mäde (2020), na política brasileira para o autismo há duas vertentes que atuam em grupos diferentes. Sendo o primeiro organizado por trabalhadores e gestores da atenção psicossocial, favoráveis à reforma psiquiátrica e atuantes nas ações vinculadas à política pública de saúde mental do SUS.

Quando se compreende o TEA como um transtorno mental, as ações de cuidado são realizadas na rede de atenção psicossocial, em especial nos CAPSij.

O outro grupo é formado por associações de pais e familiares autistas, e foram estes que estabeleceram procedimentos assistenciais para as pessoas com TEA. Esse grupo busca a terapêutica por meio do processo de reabilitação, pois considera o autismo como deficiência.

2.1.2 Fonoaudiologia no Centro de Atenção Psicossocial

O fonoaudiólogo está inserido na equipe mínima do CAPS. De acordo com a Lei nº 10.216/2001 e com a Portaria nº 336/2002 (Brasil, 2002), que dispõe sobre o Art. 4º, 4.4.2, a equipe técnica mínima para atuação no CAPSij poderá ser composta de: médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; enfermeiro.

E os profissionais de nível superior, podendo ser das seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2002).

Conforme consta na cartilha de Contribuição da Fonoaudiologia para o Avanço do SUS (Conselho Federal de Fonoaudiologia [CFFa], 2015), a abordagem fonoaudiológica no CAPS é centrada na pessoa e visa a promover momentos que favoreçam o desenvolvimento da comunicação, incluindo a linguagem.

Segundo o Parecer de Saúde Mental do Conselho Regional de Fonoaudiologia – 2ª Região (CREFONO, 2022), a fonoaudiologia está incluída no campo de atuação da Saúde

Mental, do mesmo modo que as demais áreas. A fonoaudiologia em sua atuação visa ao fortalecimento de vínculo, por meio do diálogo e dos espaços de comunicação, promovendo a autonomia de usuários, familiares, comunidades e equipes nas experiências de interação de modo a desenvolver habilidades que favoreçam a inclusão, autonomia e independência nas atividades diárias, principalmente em liberdade.

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado a trabalhar com a linguagem, por meio da qual o sujeito pode expressar os desejos e pensamentos. Para atuar no CAPS, o profissional precisa conhecer as políticas públicas e diretrizes sobre a atenção psicossocial no SUS.

É importante também que compreenda as perspectivas de promoção e prevenção de agravo, assim como reabilitar e fazer o manejo adequado em pessoas com sofrimento mental, por meio de práticas humanizadas.

O profissional necessita ter práxis, de modo a alinhar a prática e a teoria. Pode escolher com autonomia a melhor linha de teoria que adeque a sua prática, levando em consideração a subjetividade dos sujeitos atendidos na saúde mental, envolvendo a linguagem compreensiva e expressiva.

O parecer do CREFONO (2022) ainda acrescenta que o fonoaudiólogo participa da elaboração do projeto terapêutico singular com a equipe do CAPS e também com a rede intersetorial, com um olhar mais abrangente e inter-relacionado sobre os sintomas dos transtornos mentais que influenciam nos aspectos específicos da fonoaudiologia, como: linguagem oral e escrita, alterações na audição, alterações vocais e de fala e motricidade orofacial.

O profissional necessita ter um olhar diferenciado nos processos avaliativos, entendendo que os quadros em saúde mental são transitórios, não devendo o fonoaudiólogo concordar com os processos e patologização e medicalização dos indivíduos. Levando em consideração o cuidado integral com os usuários e seus familiares ou responsáveis.

As intervenções podem ser individuais, em grupo ou em oficinas terapêuticas, visando à comunicação verbal e não verbal. As atividades podem ser realizadas na própria unidade ou fora dela, podendo ainda explorar todos os recursos e ferramentas disponíveis.

As atividades desenvolvidas envolvem escuta qualificada, acolhimento, visita domiciliar, práticas expressivas e comunicativas, práticas corporais, atendimento às situações de crise, reabilitação psicossocial, promover a contratualidade com o território, articulação em rede intra e intersetoriais, matriciamento, além de favorecer o protagonismo das pessoas com transtorno mental (CREFONO, 2022)

Em situações em que necessitem de contenção mecânica, o fonoaudiólogo pode participar do procedimento, em consenso com a equipe, porém precisa estar capacitado para tal procedimento. De modo que possa atuar com a equipe de saúde mental, seja na atenção básica, na especializada ou na urgência e emergência, tanto no SUS quanto nas áreas privadas.

O parecer ainda acrescenta que o fonoaudiólogo pode fazer parte dos Conselhos Gestores de Unidades, Comissões de Saúde Mental dos Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e Federal, contribuindo com as políticas públicas de saúde mental. Tem capacidade para desempenhar cargo de gestor em todos os setores, formando e supervisionando as equipes, com competência para favorecer uma comunicação efetiva entre a equipe.

De acordo com Pietrobon (2011), no caso de pessoas com diagnóstico de transtorno do espectro autista, quanto mais precoce se iniciar a intervenção com relação aos aspectos comunicativos melhor será a evolução para o desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva, verbal ou não verbal, e escrita, de maneira que favoreça a interação dessas pessoas com seu meio social.

O profissional que atua com crianças com TEA precisa conhecer o desenvolvimento normal de crianças e adolescentes, e também o desenvolvimento dessas pessoas com autismo. O fonoaudiólogo deve estar sempre atualizado e basear sua prática em evidências científicas.

O objetivo da intervenção fonoaudiológica é que o indivíduo autista faça uso da comunicação de maneira funcional, seja ela por meio de comunicação verbal ou não verbal, ou mesmo com a utilização de figuras ou símbolos.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, a categoria Transtornos do Neurodesenvolvimento corresponde aos transtornos que se iniciam na primeira infância, ocasionando prejuízos funcional, pessoal, social, acadêmico ou profissional (APA, 2014).

Indivíduos com transtorno do espectro autista, comumente, apresentam deficiência intelectual associada. Para o diagnóstico do TEA é necessário apresentar atraso em marcos do desenvolvimento. O diagnóstico só pode ocorrer quando há déficit na habilidade de comunicação social associado a interesses restritos, insistência na mesmice e movimentos frequentemente repetitivos (APA, 2014).

O transtorno do desenvolvimento não é apenas um atraso no processo de adquirir ou aprimorar suas habilidades, mas pode ser considerado como a manifestação clínica de um

processo atípico e prejudicial ao desenvolvimento. Os transtornos globais do desenvolvimento afetam uma extensa gama de funções psíquicas (Brasil, 2015).

Os transtornos da comunicação englobam o transtorno de linguagem, de fala, de comunicação social e fluência. Tendo seu início precoce, podendo acarretar prejuízos funcionais que perduram a vida toda.

A proposta de intervenção da RAPS nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para as crianças com TEA e suas famílias está pautada na integralidade do cuidado, o que supõe, entre outras coisas, a centralidade dos usuários no processo de cuidado, o seu reconhecimento, como sujeitos de direitos. Garantindo a atenção psicossocial, favorecendo a equidade, autonomia e exercício da cidadania.

Barbosa et al. (2020) afirmam que para avaliação e intervenção nos casos de autismo é cada vez mais importante ser realizada por equipe interdisciplinar de saúde mental, por causa da pluralidade de fatores etiológicos. Além disso, ainda não há concordância quanto aos fatores que causam o autismo, e as características clínicas não são iguais para todos os autistas. Desta forma, as propostas terapêuticas devem ser alinhadas às necessidades das crianças.

2.2.1 Classificação de Transtorno do Espectro Autista de acordo com o DSM-5

Para avaliação e diagnóstico podem-se observar os critérios diagnósticos no DSM-5 (APA, 2014), que caracteriza o transtorno do espectro autista por déficits persistentes na comunicação e na interação social em contextos diversos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação, usados para interação social, e em habilidades para manter e compreender relacionamentos sociais.

Os critérios utilizados são:

a) critérios A: os déficits na reciprocidade social incluem abordagem social fora do esperado, dificuldade em estabelecer interação conversacional, diminuição no compartilhamento de interesses e afetos, alteração para iniciar ou responder a interação.

    Com relação aos déficits na comunicação não verbal usados para interação social, podem-se observar alteração na atenção compartilhada, ausência de gesto, como apontar, mostrar ou trazer objetos de seu interesse para compartilhar com outras pessoas, dificuldade de seguir gestos de apontar, olhar para o que outra

pessoa está apontando. Pode apresentar rigidez corporal ou exagerada durante as interações sociais.

Nas relações sociais, a criança apresenta interesse diminuído com os pares, redução na brincadeira de faz de conta, dificuldade em desenvolver, manter e entender as relações sociais, e ainda dificuldade em ajustar seu comportamento ao contexto. Reduzido ou atípico interesse social, insistência em seguir regras fixas.

b) critérios B: apresenta padrões de comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas.

É necessário apresentar movimentos estereotipados, tais como: estereotipias motoras, ecolalia. Padrões rituais de comportamento verbal e não verbal, por exemplo: fazer o mesmo caminho, ingerir os mesmos alimentos diariamente; interesse restrito, apego incomum com objetos. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, pouca sensibilidade a dor, responde inadequadamente a determinados sons e texturas, cheira demais, interesse excessivo em luzes e movimentos.

c) critérios C: os sintomas devem estar presentes nos anos iniciais do desenvolvimento, mas não podem ter se manifestado até que se tenha aumento das demandas sociais.

d) critérios D: os sintomas causam impacto social, ocupacional ou em outras áreas do funcionamento.

Com relação aos níveis de gravidade, a classificação é organizada por nível:

a) nível 1 (pouco dependente): Interação social – Prejuízo notado sem suporte; dificuldade em iniciar interações sociais, respostas atípicas ou não sucedidas para abertura social; interesse diminuído nas interações sociais; falência na conversação; tentativas de fazer amigos de forma estranha e malsucedida. Comportamento restritivo – comportamento interfere significantemente com a função; dificuldade para trocar de atividades; independência limitada por problemas com organização e planejamento.

b) nível 2 (dependência moderada): Interação social - Déficits marcados na conversação; prejuízos aparentes mesmo com suporte; apresenta dificuldade de iniciação nas interações sociais; resposta anormal/reduzida a aberturas sociais. Comportamento restritivo – frequentes, sendo óbvio para observadores casuais; comportamento interfere em ambientes variados; aflição e/ou dificuldade para mudar o foco ou ação.

c) nível 3 (muito dependente): Interação social - Prejuízos graves no funcionamento; dificuldade na iniciativa das interações sociais; resposta mínima a aberturas sociais. Comportamento restritivo - comportamento interfere marcadamente com função em todas as esferas; dificuldade extrema de lidar com mudanças; grande aflição/dificuldade de mudar o foco ou ação.

A detecção precoce dos sinais de TEA aumenta a eficácia no cuidado. As intervenções são importantes na primeira infância em consequência da maior plasticidade cerebral. Desde a detecção até o diagnóstico, os acompanhamentos e intervenções se fazem necessários (Brasil, 2014) conforme as Diretrizes de atenção à reabilitação de pessoas com TEA.

No DSM-5, pode-se observar que os casos com melhor prognóstico e evolução individual são aqueles em que há ausência de deficiência intelectual e pouco comprometimento da linguagem. Se houver outras comorbidades associadas, pode-se não ter um bom prognóstico. Com relação aos fatores genéticos e fisiológicos, até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar associados a uma mutação genética conhecida. Já nas estimativas de herdabilidade para o transtorno do espectro autista, variam de 37% até mais de 90% entre gêmeos.

2.2.2 Classificação de Transtorno do Espectro Autista de acordo com a CID–10

Atualmente, os médicos utilizam os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1993) nos laudos. Na CID-10, a classificação do autismo é da seguinte forma: F84 – Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD):

a) F84.0 – Autismo infantil;
b) F84.1 – Autismo atípico;
c) F84.2 – Síndrome de Rett;
d) F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância;
e) F84.4 – Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;
f) F84.5 – Síndrome de Asperger;
g) F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento;
h) F84.9 – Transtornos globais não especificados do desenvolvimento.

Nos critérios da CID-10 (1993)/OMS e DSM–APA (2014) os “Transtornos Invasivos (ou Globais) do Desenvolvimento” são organizados nas categorias: autismo infantil, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo, autismo atípico e síndrome de Rett (Brasil, 2015).

No autismo infantil, observa-se prejuízo maior na interação social recíproca: a criança pode permanecer isolada em situações sociais, dificuldade de iniciativa para interagir com outras pessoas, e dividir seus interesses com o outro.

Com relação à comunicação verbal e não verbal: gestos (apontar, negar com a cabeça) e imitação não são observados com frequência ou estão ausentes, apresenta atraso na fala, ou dificuldade com a fala funcional; se a criança não adquirir a fala até os cinco anos de idade, torna-se pior o prognóstico com relação à evolução da fala. Geralmente, a fala ocorre na terceira pessoa, e é monótona, com pouca alteração da entonação; a ecolalia é frequente, por exemplo, repetir a fala dos desenhos animados ou de programas de televisão. Pode apresentar dificuldade de entender piada e palavras com duplo significado. Às vezes, apresenta dificuldade para compreender ordens simples.

No repertório de interesses e atividades pode-se observar que a criança apresenta dificuldade para imitar ou brincar de faz de conta.

Em Brasil (2015), a síndrome de Asperger é considerada a forma leve de autismo, não apresenta alteração de linguagem, nem comprometimento cognitivo. Apresenta compreensão literal durante um diálogo. O diagnóstico tem sido mais frequente.

No transtorno desintegrativo ocorre à evolução normal no desenvolvimento nos dois anos ou aos seis anos de idade, e a criança apresenta perda de habilidades já adquiridas, como a fala e o brincar com interações sociais. Essa perda é rápida e definitiva. Pode ainda apresentar enurese e encoprese, além de se apresentar com um quadro de autismo com déficit intelectual.

No autismo atípico, as pessoas não apresentam prejuízos nas três áreas do autismo infantil: interação social recíproca, comunicação verbal e não verbal e repertório de interesses e atividades, ou caso seu aparecimento ocorra após os três anos.

Já na síndrome de Rett, observa-se alteração genética; atualmente já não se enquadra nos casos de transtornos globais do desenvolvimento. Apresenta certo grau de contato visual e interação social.

Os dados mais recentes mostram uma prevalência de um caso a cada 68 indivíduos de 8 a 12 anos de idade, em várias comunidades dos Estados Unidos, de acordo com o Centers for Disease Controland Prevention (CDC, 2014).

Segundo Brasil (2004) e Defense-Netrval e Fernandes (2016), a identificação dos sinais e sintomas do autismo é muito importante, pois quanto mais precoce é a realização do diagnóstico e o início da terapêutica, melhor será o prognóstico.

A Figura 58 traz o desenvolvimento normal e os sinais de alerta para TEA.

Figura 1

Desenvolvimento normal e sinais de alerta para Transtorno do Espectro Autista (TEA), (continua)

Idade	Desenvolvimento normal	Sinais de alerta
2 meses	•Criança fixa o olhar; • Reage ao som; • Bebê se aconchega no colo dos pais e troca olhares (mamadas e trocas de fralda);	
4 meses	• Emite sons; • Mostra interesse em olhar rosto de pessoas, respondendo com sorriso, vocalização ou choro; • Retribui sorriso;	
6 meses	• Sorri muito ao brincar com pessoas; • Localiza sons; • Acompanha objetos com olhar;	• Não tem sorrisos e expressões alegres;
9 meses	• Sorri e ri enquanto olha para as pessoas; • Interage com sorrisos, feições amorosas e outras expressões; • Brinca de esconde e achou; • Duplica sílabas;	• Não responde às tentativas de interação feita pelos outros quando estes sorriem fazem caretas ou sons; • Não busca interação emitindo sons, caretas ou sorrisos;
12 meses	• Imita gestos como dar tchau e bater palmas; • Responde ao chamado do nome; • Faz sons como se fosse conversa com ela mesma;	• Não balbucia ou se expressa como bebê; • Não responde ao seu nome quando chamado; • Não aponta para coisas no intuito de compartilhar atenção; • Não segue com olhar gesto que outros lhe fazem;
15 meses	• Troca com as pessoas muitos sorrisos, sons e gestos em uma sequência; • Executa gestos a pedido; • Fala uma palavra;	• Não fala palavras que não sejam mama, papa nome de membros da família;
18 meses	• Fala no mínimo 3 palavras; • Reconhece claramente pessoas e partes do corpo quando nomeados; • Faz brincadeiras simples de faz de conta;	• Não fala palavras (que não sejam ecolalia); • Não expressa o que quer; • Utiliza a mão do outro para apontar o que quer;
24 meses	• Brinca de faz de conta; • Forma frase de duas palavras com sentido que não seja repetição; • Gosta de estar com crianças da mesma idade e tem interesse em brincar conjuntamente; • Procura por objetos familiares que estão fora do campo de visão quando perguntado;	• Não fala frase com duas palavras que não sejam repetição;

Figura 1

Desenvolvimento normal e sinais de alerta para Transtorno do Espectro Autista (TEA).

(conclusão)

Idade	Desenvolvimento normal	Sinais de alerta
36 meses	• Brincadeira simbólica com interpretação de personagens; • Brinca com crianças da mesma idade expressando preferências; • Encadeia pensamento e ação nas brincadeiras (ex.: estou com sono, vou dormir); • Responde a perguntas simples como “onde”, “o que”; • Falam sobre interesses e sentimentos; • Entendem tempo passado e futuro;	
Qualquer perda de linguagem, capacidade de comunicação ou habilidade social já adquirida em qualquer idade.		

Fonte: São Paulo. (2013). *Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com transtorno do espectro autista*. São Paulo: SEDPcD. pp. 18-20. Disponível em https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//protocolo_tea_sp_2014.pdf (2013, p. 18-20).

2.2.3 Desenvolvimento cognitivo (função representativa)

Além das habilidades comunicativas, de acordo com Hage, Pereira e Zorzi (2012), devem-se observar os aspectos do desenvolvimento normal das habilidades cognitivas que são: as formas como as crianças manipulam os objetos,se desistem, perdem o interesse ou manuseiam de forma diversificada, fazendo relação entre dois ou mais objetos, o nível de desenvolvimento do simbolismo, se fazem organização simbólica em si e no outro.

Se já faz uso da linguagem verbal para narrar à brincadeira, o nível de organização do brinquedo, se o agrupamento dos objetos ocorre por categoria, por semelhanças e se há imitação gestual e sonora. Com a imitação a criança já começa a demonstrar o desejo de interagir com o outro e com o meio.

Para Mousinho et al. (2008), a memória, a atenção e a percepção têm ganhos qualitativos com o desenvolvimento da linguagem. Quando ocorre a associação de ideias, fica mais fácil a memorização. O desenvolvimento da linguagem como apoio à cognição ocorre a partir dos dois anos.

Para Fonseca (2014), a cognição engloba vários aspectos, tais como: atenção, percepção, processamento, memória operacional de trabalho, raciocínio, visualização, planificação, resolução de problemas, execução e expressão de informação. Os processos

mentais procedem tanto da cultura intergeracional, quanto da interação social entre seres humanos.

Zorzi e Hage (2004) afirmam que a etapa inicial do desenvolvimento cognitivo é o período sensório-motor. Esse período é dividido em seis fases:

a) As três primeiras são categorizadas em condutas sensório-motoras fases iniciais:

Fase I: o indivíduo já começa a produzir ações primárias, fonação, olhar, pegar, ouvir e sugar. Essa etapa engloba crianças até os dois anos de idade;

Fase II: começa a coordenar a visão-audição, preensão-sucção. Nessa fase, a criança pega, olha, ouve, suga e começa a vocalizar. Pode ocorrer até os quatro meses de idade;

Fase III: com as coordenações elementares, vai afinando os movimentos, como: balançar objetos, chacoalhar, puxar, esfregar, bater. Tem início por volta dos quatro meses. Começa a brincar com móbile suspenso no berço, tenta agarrar o objeto e sem querer bate um objeto contra o outro, pode-se tornar uma nova ação, batendo os objetos para que produzam sons.

As ações observadas nesse período são: bater, apalpar, olhar, balançar, apertar, colocar os objetos na boca, esfregar, pegar, explorar, revirar o objeto e trocar de mão.

b) Na fase sensório-motora fases avançadas, observam-se duas fases:

Fase IV: tem início por volta do oitavo mês de idade. Posteriormente, a criança começa a utilizar as condutas inteligentes, as ditas coordenações complexas, por exemplo, para pegar um objeto que está atrás do outro, é necessário afastar o que se apresenta como uma barreira;

Fase V: inicia-se aos 12 meses de idade; começa a fazer uso convencional dos objetos e a reproduzir a forma como os adultos fazem.

Nessa fase já consegue atuar sobre dois objetos ao mesmo tempo, fazendo relação entre eles. Consegue erguer os objetos para observar os deslocamentos; pega os objetos e os joga no chão, de modo a observar sua trajetória; aperta um objeto contra o outro; bate os objetos, os toca e esfrega e começa a explorar o equilíbrio e a posição dos objetos, tem noção de em cima, embaixo, atrás.

c) A transição entre o período sensório-motor e o período representativo é composto de:

Fase VI: início por volta dos 18 meses de idade; começa a utilizar os esquemas mentais, e, nessa fase surge à função simbólica ou representativa. Começa a brincadeira simbólica, a criança já faz uso convencional dos objetos, passa o pente ou escova nos cabelos, mexe a xícara com a colher; os esquemas simbólicos estão presentes; começa a utilizar o outro nas brincadeiras, as quais estão centradas no próprio corpo da criança. Já finge que come com colher, toma suco na xícara. Nessa fase têm início as generalizações. Até chegar às coordenações restritas, onde se inicia o processo de interiorização, surgindo assim à função simbólica.

Com relação às condutas simbólicas, Zorzi e Hage (2004) as dividem em três fases:

a) sistematização de aplicações de ações em outros: bonecos ou outras pessoas começam a fazer parte da brincadeira;
b) sequencialização de ações simbólicas: a brincadeira se torna mais parecida com situações de vida real, por exemplo, a criança arruma o colchão, coloca o bebê para dormir e cobre o boneco;
c) uso de símbolos: começa a se referir ou utilizar objetos ausentes nas brincadeiras, podendo ser gestos ou palavras. Começa a utilizar o barulho para representar o som, por exemplo, simula o barulho da água saindo do chuveiro para dar banho no boneco. Até chegar às coordenações restritas, onde se inicia o processo de interiorização, surgindo assim à função simbólica.

Por fim, a imitação, que tem início por volta dos nove ou dez meses; a criança já imita sons com os quais está familiarizada. Essa função melhora por volta dos 12 meses, sendo a partir das habilidades imitativas que a criança passa a ter interesse em reproduzir as palavras, com finalidade de se comunicar. Depois, ela passa a evocar gestos e palavras para imitação quando o modelo está ausente, que são situações que foram armazenadas na forma de imagens mentais.

A imitação tem um papel fundamental na evolução das condutas simbólicas. Zorzi e Hage (2004) relatam, ainda, que, no período sensório-motor, a criança já tem noções elementares de objeto, noção espacial, temporal e de causalidade, que são essenciais para que a criança se adapte ao meio em que está inserida.

O período representativo: pré-operatório, ocorre dos dois aos sete anos. A criança passa a evocar objetos, pessoas e situações que não estão presentes. Os objetos estão presentes no imaginário, e a criança não está limitada a sua experiência imediata. Começa a aparecer no comportamento da criança diferentes aspectos com relação à fala, aos gestos comunicativos

simbólicos, na brincadeira de faz de conta, e começa a solucionar problemas de acordo com suas experiências.

Dos dois aos quatro anos, a criança já consegue diferenciar a fantasia da realidade. Aos quatro anos, a brincadeira simbólica passa a não ser mais realizada sozinha, e começa a ter simbolismo em atividades grupais. Aos seis anos, consegue criar as próprias regras, a aceitar as normas, e dá início ao progresso tanto cognitivo quanto social.

Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) descrevem as habilidades cognitivas relacionadas aos aspectos atencionais, perceptivos, velocidade do processamento da informação, processamento visuoespacial, memória e solução de problemas. A partir dos 24 meses é esperado que a criança já apresente as seguintes habilidades do domínio cognitivo: imitar gestos; brincar com dois objetos que combinam, por exemplo, xícara e colher; empilhar blocos ou brinquedos; utilizar um objeto com outra função na brincadeira de faz de conta; apontar o maior; cantar uma parte de uma música simples; utilizar objetos imaginários nas brincadeiras; contar até 10; responder de memória quantos dedos tem na mão; separar os objetos por tamanho; falar as letras do alfabeto em ordem; e contar 10 objetos corretamente.

Silva et al. (2020) citam o exemplo a seguir:

> [...] o fato de a criança não falar pode dificultar a avaliação do desenvolvimento cognitivo. Por isso, o profissional responsável por avaliá-la deve estar atento a estes fatores para estabelecer a conclusão. (p.121).

Pois em crianças menores, os domínios do desenvolvimento ocorrem de modo correlacionado, e, assim, se a criança não apresentar desenvolvimento típico em um domínio, pode afetar outros domínios.

Segundo Vygotsky (1987), no início, a criança utiliza a linguagem para interação de forma superficial em sua convivência. Depois, a linguagem avança para o subconsciente visando a formar a construção do pensamento dela.

Desta forma, as habilidades cognitivas e a estruturação do pensamento do indivíduo não são definidas por fatores inatos. Ocorrem em consequência das atividades realizadas no contexto social e cultural no qual o indivíduo está inserido, e, assim, se desenvolve.

Ainda Vygotsky (1987), é preciso compreender a relação entre linguagem e língua, para que se entenda como ocorre o seu desenvolvimento. Há uma interligação essencial entre pensamento e linguagem, na qual um contribui para o desenvolvimento do outro.

Esse autor também afirma que a história da coletividade e a história individual são fatores de extrema importância para formar o pensamento e caráter do indivíduo.

Alvarez e Del Rio (1996) ressaltam que, para Vygotsky, o desenvolvimento da linguagem pode ser divido da seguinte maneira: zona de desenvolvimento proximal, zona de desenvolvimento potencial e zona de desenvolvimento real.

Na zona de desenvolvimento proximal, as funções estão no nível inicial, mas amadurecerão conforme o seu desenvolvimento. Nessa fase, a criança ainda não consegue realizar as atividades sem ajuda, sendo necessário auxílio de um adulto ou de outra criança experiente para que a oriente apropriadamente, de modo que consiga resolver as atividades.

Com relação à zona de desenvolvimento potencial, o adulto cede à criança, por meio da reprodução da imitação, funções psicológicas superiores externas originais. A ação realizada pela imitação pode ocorrer de forma espontânea e independente em outras situações. É importante que a criança esteja inserida em grupos, dos quais os adultos possam orientá-la, além da habilidade física do ato, de forma que se torne de caráter simbólico e intrínseco.

A zona de desenvolvimento real é caracterizada pelo que o indivíduo já consegue realizar sozinho.

Deste modo, a zona de desenvolvimento proximal é a diferença entre o nível de desenvolvimento real/atual e o nível de desenvolvimento potencial, ou seja, aquilo que a criança já consegue resolver com a orientação ou auxílio dos adultos ou outras crianças mais habilitadas.

Para Vygotsky, o nível de desenvolvimento potencial é muito mais indicativo do desenvolvimento da criança que o nível de desenvolvimento real, pois se refere ao desenvolvimento futuro da criança.

2.2.4 Desenvolvimento da linguagem (função social)

Associado ao desenvolvimento cognitivo inicia-se o desenvolvimento da linguagem. Mousinho et al. (2008) descrevem o desenvolvimento da linguagem pela forma, pelo conteúdo e pelo uso. A forma inclui a fonologia, morfologia e sintaxe, englobando a produção dos sons, como se emite o fonema, a estrutura interna das palavras, se tem todos os componentes, e se a ordem é aceitável pela língua.

O conteúdo relacionado à semântica diz respeito aos significados, que podem estar na palavra, na frase ou no discurso mais amplo, ter algo em mente para comunicar. O uso (pragmática) refere-se ao uso funcional da comunicação; não basta emitir sons, estruturar uma frase e saber o significado, é necessário ter intenção de se comunicar, como manter atenção compartilhada, iniciar a conversação.

Zorzi (2020) explica as etapas do desenvolvimento da linguagem, que se inicia por volta dos 8/9 meses, quando a criança apresenta comunicação intencional, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de interação; aos 18 meses é esperado que ela saiba pedir, reclamar, tendo intencionalidade de comunicação. Aos dois anos, é esperado que faça nomeação, imite a fala do outro; e, aos três anos, espera-se que a criança faça relatos de histórias e experiências.

O autor ressalta que, em relação à fonologia, é esperado que aos cinco anos a criança já tenha domínio de todo o sistema fonológico, incluindo os grupos consonantais. Referente à morfossintaxe, nessa idade é esperado que ela já tenha o domínio básico da gramática da língua.

O indivíduo tem a intenção comunicativa, e pode se comunicar de diversas formas, por meio de gestos, do olhar, de desenhos, da fala, entre outras. A estruturação da linguagem permite que as pessoas utilizem recursos cada vez mais sofisticados, a fim de aprimorar as possibilidades comunicativas, segundo Mousinho et al. (2008).

De forma geral, a criança que não fala, ou que apresente muitas dificuldades para se expressar, substitui esse comportamento por outros muitas vezes inadequados, como o choro que parece ser por qualquer motivo.

Dificuldades no desenvolvimento da linguagem fazem parte das características definidoras do TEA. Linguagem como comportamento verbal é aprendizado porque o indivíduo carrega na genética os fatores biológicos inatos, e o ambiente em que está inserido também é um local de aprendizagem.

Mousinho et al. (2008, p. 8) referem que:

> Ao pensarmos em aprendizagem, todos os níveis linguísticos estão envolvidos, e negligenciar um deles seria perder a oportunidade de ver o sujeito da linguagem. O intuito de abordar a faixa etária de 0 a 5 anos reflete o desejo de poder atuar precocemente, antes da entrada no ensino formal, onde as demandas são maiores e maior será o tempo a ser resgatado.

Braga e Rossi (2012) afirmam que o prejuízo na interação social causa alteração na área da linguagem e do pensamento. A criança com TEA apresenta dificuldade na interação social, comunicação, imaginação, causando prejuízos nas funções executivas.

Para Tamanaha e Perissinoto (2017), ao se realizar o diagnóstico diferencial do TEA, avaliam-se as habilidades dos domínios de comunicação e linguagem expressiva e receptiva, desenvolvimento socioemocional e comportamento adaptativo. Essas habilidades apresentam-

se comprometidas em crianças com TEA, quando comparadas com aquelas com desenvolvimento típico.

Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) descrevem as habilidades de cada domínio. Com relação à linguagem receptiva a partir dos 24 meses, a criança já obedece a ordens com uma ação, venha comer, entende o significado da palavra “não”, responde perguntas simples, entende o significado de “ligar e desligar”, compreende ordens com duas ações relacionadas, entende verbos de ação, aponta ao menos oito partes do corpo, entende palavras como igual/diferente; fácil/difícil; antes/depois.

Com relação à linguagem expressiva, observa-se que a partir dos 24 meses responde “não” com a cabeça, repete o que as pessoas dizem, nomeia alguns objetos ou figuras em livros ou revistas, faz perguntas com duas palavras, usa os pronomes meu/minha para se referir aos seus pertences, nomeia ao menos cinco partes do corpo. Nomeias os objetos de forma que dê para entender, fala palavras no plural e inicia a conversação.

No desenvolvimento socioemocional, observa-se que aos 24 meses a criança já sabe imitar palavras e gestos enquanto brinca; brinca com outras crianças quando é chamada, brinca de faz de conta, divide os brinquedos com elas, participa bem em atividades de grupo, sabe esperar sua vez, brinca de esconde-esconde ou amarelinha e lidera crianças mais novas.

Os autores referem ainda que, com relação ao comportamento adaptativo, aos 24 meses a criança já auxilia o adulto quando vai se vestir, mantém a atenção quando alguém lê um livro, escolhe os alimentos que quer comer, alimenta-se sozinha com colher, sem fazer muita sujeira, vai para a cama sem reclamar, solicita para ir ao banheiro, não faz xixi na roupa durante o dia, já calça corretamente os calçados.

Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008) afirmam que no caso de crianças com autismo, essas habilidades causam impedimentos observados que são marcados pela tríade de alterações graves e permanentes com relação à interação social, comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal está relacionada à fala e escrita, e a comunicação não verbal pode ser por meio de gestos, jargão, com entonação da língua ou não, “dar tchau”, “puxar com a mão”, “apontar”, entre outros. As autoras ainda referem que as crianças autistas podem utilizar pronomes de forma invertida quando se referem a si mesmas na terceira pessoa, ou pelo próprio nome.

Para Cavicchia (2010), a concepção de conhecimento proposta por Piaget merece ser explicada:

> Um dos pontos fundamentais desta concepção diz respeito ao sentido atribuído por Piaget à palavra “conhecer”: organizar, estruturar e explicar o mundo em que vivemos

– incluindo o meio físico, as ideias, os valores, as relações humanas, a cultura de um modo mais amplo – a partir do vivido ou experienciado. (p.1).

Segundo Lima (1980), Piaget considerava importante a sequência do processo de maturação neurobiológica.

O primeiro estádio é o da inteligência sensório-motora, baseada na coordenação motora e nos aspectos perceptivos. Ainda Piaget, os estádios da inteligência são: período sensório-motor (0 a 2 anos); período pré-operatório (2 a 7 anos); período das operações concretas (7 a 11 anos) e período das operações formais (12 anos em diante).

Cavicchia (2010) e Lima (1980) descrevem os estádios da inteligência, conforme a Figura 2.

Figura 2

Estádios da inteligência. (continua)

Até 1 mês	Exercícios reflexos	Reflexo de sucção; reflexão de preensão palmar. Os esquemas reflexos representam os aspectos cognitivos da criança.
1 a 4 meses e meio	Primeiros hábitos adquiridos: esquemas de ação	Olhar e pegar, apanhar o que vê e levar à boca; explorar sons e ruídos de objetos. Os movimentos de coordenação vão ficando mais complexos. Começa a usar os sentidos, porém de modo isolado (oral, visual, tátil, postural e auditivo).
4 meses e meio a 8-9 meses	Primeiras coordenações	Observa-se nessa etapa a relação de causa-efeito; apresenta coordenação espacial: visual, auditiva, oral; visão e preensão estão coordenadas; conceitos como antes e depois começam a ser formados.
8-9 meses a 11-12 meses	Uso dos meios para alcançar uma finalidade (coordenação secundária)	Inicia a busca de objetos ocultos, após o objeto ser escondido em sua frente. A presença do objeto ainda está centrada na própria criança. Começa a perceber o corpo do outro nas atividades de causalidade, inicia noção espacial e temporal.
11-12 meses a 18 meses	Descoberta de novos meios	Uso de objetos para conseguir o que quer. Inicia exploração de objetos: pegar, erguer, jogar, sacudir. Apresenta noção espacial dentro do seu campo visual, apresenta aumento do tempo da memória. A noção espaço/tempo apresenta evolução.
1 ano e meio a 2 anos	Início da interiorização e representação	Inicia a transição entre o estádio sensório-motor e a representatividade. Começa a surgir a função simbólica. Atividade de faz de conta, imaginação, aparece nas atividades lúdicas.

Figura 2

Estádios da inteligência. (conclusão)

2 anos a 6-7 anos	Estádio pré-operatório ou simbólico	Começa a apresentar pensamento representativo. A criança acessa a linguagem e o pensamento. Inicia as imagens mentais, o jogo simbólico. Entre os 5 e 7 anos, a criança começa a generalizar e a visualizar mentalmente antes de realizar a ação, como encaixar, seriar, deslocar. Está mais evoluída com relação à noção de espaço, tempo, esquema corporal, entre outros.
7 a 11 anos	Operatório-concreto	Nessa fase, a criança já é capaz de relacionar diferentes aspectos e abstrair dados da realidade. Não se limita a uma representação imediata, mas ainda depende do mundo concreto para chegar à abstração. Desenvolve também a capacidade de refazer um trajeto mental, voltando ao ponto inicial de uma situação.
12 anos em diante	Lógico-formal	A representação agora permite a abstração total. A criança não se limita mais à representação imediata nem somente às relações previamente existentes, mas é capaz de pensar em todas as relações possíveis logicamente.

Fonte: Recuperado de Cavicchia, D. C. (2010). *O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida*. UNESP. Disponível em http://acervodigital.unesp.br/handle/123456789/224

Para Cavicchia (2010), o desenvolvimento ocorre de modo gradual e por etapas. Primeiro surgem os reflexos, que se transformam em hábitos, depois se tornam processos de acomodação e assimilação. Esses processos levam a criança a construir sua própria subjetividade.

Barbosa et al. (2020) referem que a atuação do fonoaudiólogo relacionado à linguagem permite o reconhecimento do outro e melhora a interação social. Mesmo que não haja fala ou esta seja ininteligível, sempre haverá linguagem. Porém, percebe-se que é muito importante a atuação interdisciplinar nos casos de autismo, tendo em vista que a linguagem faz parte das relações sociais e propicia mais interação.

2.2.5 Orientações aos pais das crianças autistas

De acordo com Fernandes et al. (2011), as orientações aos pais e/ou responsáveis, com relação aos aspectos comunicativos e de linguagem, auxiliam para que sejam realizados de acordo com as necessidades e demandas do grupo.

Fernandes et al. (2011) pontuam alguns aspectos para a dificuldade da adesão ao tratamento, principalmente nos grupos homogêneos, com destaque para a distância - da residência até o local de atendimento, pois algumas crianças apresentam problemas comportamentais a depender do meio de transporte. O que se observou foi que a adesão ao processo de intervenção prolongado, na maioria das vezes, foi marcada por faltas ou atraso dos indivíduos.

As famílias devem estar inseridas no tratamento, sempre que possível ou que haja necessidade, pois, ao se tratar uma criança ou um adolescente, os resultados são piores quando a família não está envolvida com o tratamento (Brasil, 2004). Observa-se que os familiares são as pessoas mais próximas, com laços afetivos, sendo desta forma muito importante para o tratamento, podem participar das atividades internas do CAPS, como atendimento aos familiares, assembleias, e participando de modo ativo do processo terapêutico. Também podem participar de ações que favoreçam a integração social.

Barbosa et al. (2020) referem que é importante inserir os pais no processo terapêutico, realizando orientações necessárias por meio de informações coletadas na escuta qualificada. Nessa escuta, Pereira e Keske-Soares (2010) ressaltam que é preciso analisar o indivíduo primeiro, antes de qualquer manifestação clínica. O sintoma é uma produção do próprio sujeito, que só pode ser estruturado por meio da linguagem.

A forma como se analisa o sujeito e seus pais ou cuidadores fornece dados que podem ser organizados pelos profissionais. De acordo com Barbosa et al. (2020), a escuta afeta a concepção, o conhecimento e o manejo dos pais em relação aos filhos. Incluir os pais no tratamento potencializa suas condições de elaboração pessoal sobre os problemas de seus filhos, o que auxilia na melhora da qualidade das interações familiares.

Os autores afirmam ainda que o fonoaudiólogo possibilita aos pais e cuidadores informações para que estimulem a comunicação da criança. Por meio de orientações, os pais passam a perceber que as habilidades comunicativas englobam mais aspectos do que somente a fala, e a criança pode-se comunicar por gestos, olhares, expressões corporais e faciais. Quando os pais compreendem as formas de comunicação das crianças, se observa melhora nas interações familiares.

2.2.6 Grupo terapêutico com autistas na saúde mental

O tratamento da pessoa com TEA deve oferecer recursos que desenvolvam laços sociais, e sua atitude de estar na vida, favorecendo sua inserção em diversas situações,

ampliando as formas de comunicação verbal e não verbal (Brasil, 2015). Segundo Gadia et al. (2010), o manejo de pessoas com TEA requer uma intervenção multidisciplinar.

Brasil et al. (2008) observam que os atendimentos em grupo em Saúde Mental favorecem a inclusão social pelo desenvolvimento da cidadania. Desta forma ocorre o processo de cuidado na perspectiva integral, que favorece a reabilitação da criança ou do adolescente por meio da interação entre usuário, família e profissional.

Para Bosa (2006), aprender como interagir com crianças da mesma idade é uma tarefa árdua para crianças com TEA. A interação precisa de reciprocidade, assim, a criança tem que adaptar seu comportamento ao de outras crianças. A identificação e intervenção precoce do TEA são muito importantes para o desenvolvimento da criança.

Segundo Panhoca e Leite (2003), o grupo terapêutico fonoaudiológico apresenta um ambiente contextualizado para o desenvolvimento da linguagem, além de adquirir atitudes socioculturais compartilhadas no grupo. Por meio de atividades que auxiliam na construção de vínculos afetivos, propiciando que o indivíduo seja inserido social, histórica e culturalmente. A atuação do fonoaudiólogo vai além das alterações de linguagem e comunicação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Apontar benefícios nas interações sociais, da cognição e da linguagem, na intervenção em grupo de crianças com transtorno do espectro autista, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o perfil dos pacientes com diagnóstico de TEA segundo a faixa etária, funcionalidade e aspectos da comunicação social, por meio do levantamento documental no CAPSij, em prontuário das crianças, anamnese com os pais (Apêndice D), entrevista com os profissionais que atendem as crianças.

Avaliar cada criança por meio da aplicação dos instrumentos: a) Childhood Autism Rating Scale (CARS) e b) Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI) aos pais; c) Protocolo de Observação Comportamental (PROC) (Anexo D) e d) Avaliação do Desenvolvimento da linguagem (ADL 2) às crianças.

Verificar se ocorrem mudanças nos aspectos de reciprocidade social, interação e comunicação social verbal e não verbal nas crianças diagnosticadas com TEA atendidas em grupo no CAPSij, por meio da aplicação do PROC e o ADL 2, pré e pós-intervenção.

Descrever possíveis mudanças quanto à interação social no CAPSij, e em outros ambientes sociais de crianças diagnosticadas com TEA submetidas a atendimentos em grupo por meio terapêutico fonoaudiológico, utilizando instrumentos como CARS, IDADI, PROC e ADL 2.

4 MÉTODO

Esta pesquisa define-se como estudo de caso, descritivo com abordagem qualitativa, sendo realizada a coleta de dados no período de junho a setembro de 2022, em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil III da cidade de Campo Grande, MS, com quatro crianças autistas com faixa etária de 24 a 56 meses. Três crianças selecionadas apresentaram diagnóstico médico de transtorno do espectro autista (CID10-F84), e apenas uma das crianças está com diagnóstico em investigação; mas, após aplicação dos protocolos, optou-se por incluí-la no estudo. As crianças foram escolhidas por indicação da gerente do CAPSij e da gerente da instituição. Foram excluídas as crianças que não tinham diagnóstico médico e uma criança que compareceu em apenas dois atendimentos, tendo em vista que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) estava bem claro com relação à frequência aos atendimentos (Apêndice A).

4.1 CARACTERIZAÇÃO/TIPO DE ESTUDO

O método da pesquisa foi estudo de caso, descritivo com abordagem qualitativa. Minayo (2014) afirma que para a pesquisa por meio do estudo de caso são necessárias estratégias de investigação qualitativa para mapear, expor e avaliar as relações e percepções a respeito do acontecimento analisado.

De acordo com Szymanski e Cury (2004), o estudo de caso é um tipo de pesquisa que visa a investigar e analisar uma determinada condição. O objeto desse estudo de caso foi um grupo social (crianças com transtorno do espectro autista). Neste trabalho, a pesquisadora buscou entender o objeto de maneira completa, interpretando o contexto social em que as crianças estavam inseridas e as variáveis que as influenciaram.

As fontes de pesquisa deste estudo de caso foram variadas. Analisou-se a entrevista com os pais. A observação das crianças participantes ocorreu durante a aplicação do Protocolo de Observação Comportamental, a ADL2, e também durante o processo de intervenção.

De acordo com Minayo (2004), esse tipo de pesquisa é favorável quando ocorrem intervenções e processos de mudanças ocorridos por meio da produção de conhecimento.

Neste trabalho foram analisadas as relações entre intervenções e situações reais do cotidiano. Desta forma, utilizou-se a abordagem qualitativa, pois demanda um estudo amplo

do objeto de pesquisa, considerando o contexto em que ele está inserido e diz respeito às características da coletividade.

De acordo com Szymanski e Cury (2004):

> Os estudos qualitativos visam à natureza e não a extensão dos fenômenos e, quando realizados em instituições, devem ser criteriosamente rigorosos quanto à caracterização das condições das mesmas e dos diversos cenários onde a atenção psicológica será traduzida sob a forma de serviços em saúde mental. (p.361).

Analisou-se o ponto de vista dos pais ou responsáveis legais por meio da aplicação da escala CARS e do IDADI (pós-intervenção com os pais). Foi realizado um levantamento teórico sistemático, e os prontuários da criança foram acessados como respaldo para coleta de dados.

Segundo Zanella (2013), a pesquisa descritiva busca conhecer a realidade observada, suas características e suas dificuldades, por meio de fatos e acontecimentos.

A autora ainda acrescenta que esse tipo de coleta de dados tem ampla profundez, pois, por meio dela, buscam-se fatos reais de um grupo de pessoas. No estudo em questão, o grupo foi realizado com crianças com transtorno do espectro autista. Realizou-se um estudo de caso, com avaliação pré e pós-intervenção, sendo possível conhecer a realidade de um grupo de pessoas.

Conforme Jung (2003), a pesquisa descritiva é aquela que visa a observar, registrar e descrever os fenômenos de uma população, sem considerar o conteúdo. Pretende descrever determinadas características de populações ou fenômenos, ou o estabelecimento entre variáveis. Nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada por meio de questionário, entrevista e observação sistemática.

Foi utilizada a descrição, pois se objetivou deste modo descrever as interações sociais, habilidades cognitivas e linguagem das crianças.

Com relação à abordagem qualitativa, observa-se em Guimarães (2007) que as variáveis apresentam como possibilidades a investigação de dados sobre as qualidades ou o atributo do indivíduo pesquisado. O método de amostragem foi não probabilístico, com amostragem por conveniência destituída de qualquer rigor estatístico, pois ele é muito utilizado na área da saúde.

No caso da presente pesquisa, esta foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial. A pesquisadora selecionou os elementos aos quais obteve acesso. A utilização da abordagem qualitativa, por meio do estudo de caso, traz rigor científico à pesquisa porque, com a aplicação de protocolos e escalas sistematizadas, será possível a replicação do experimento

em outros casos escolhidos, como, também, a replicação do mesmo atendimento em outros serviços que oferecem atendimento a crianças com transtorno do espectro autista.

4.2 LOCAL DE PRODUÇÃO DE DADOS

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil III, situado na Rua São Paulo, nº 70, bairro Monte Castelo, que atende crianças com TEA. Na sala de atendimento têm mesa e cadeira com tamanho adequado para as crianças, armário com brinquedos e materiais lúdicos.

4.3 PARTICIPANTES

O público da pesquisa foram três crianças de 24 a 48 meses e uma com mais de 48 meses, com diagnóstico de transtorno do espectro autista, segundo o CID 10, atendidas no CAPSij. Foi criado um grupo com elas de acordo com os dados encontrados nas avaliações e nos documentos analisados.

Foi organizado grupo homogêneo, no qual as crianças apresentavam características iguais quanto à patologia e proximidade de idade. Nesse tipo de grupo, a atenção é direcionada para a dificuldade individual de cada criança, mas favorecendo também a interação no grupo, através da intervenção, com atividades realizadas no coletivo.

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram crianças com idade entre 24 e 56 meses, de ambos os sexos, diagnosticados com TEA, segundo o CID 10, considerando os critérios diagnósticos para inclusão, além daquelas que apresentavam comportamentos associados, tais como, hiperatividade, comportamento disruptivo, estereotipia, auto e heteroagressiva e cujos pais concordaram com a participação no estudo.

As crianças selecionadas deveriam ser elegíveis para acompanhamento no CAPS de acordo com os critérios de atendimento, sendo crianças diagnosticadas com autismo e apresentando alterações comportamentais graves.

Consideraram-se todos os atendimentos e tratamentos realizados pelas crianças e as terapias realizadas fora do CAPSij, a frequência, o tratamento médico e medicamentoso.

Essas crianças não foram excluídas da pesquisa por estarem sendo atendidas em outras terapias ou fazendo uso de medicação.

4.3.2 Critérios de exclusão

Crianças cujos pais ou responsáveis legais não concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que não se encaixavam nos critérios de inclusão. Crianças com déficits cognitivos associados.

A criança com mais de três faltas consecutivas seria excluída da pesquisa. Continuando a participar dos atendimentos de acordo com as regras de faltas do próprio Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

4.4 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A própria pesquisadora realizou a coleta de dados dos prontuários, entrevista com os pais e aplicação da Escala CARS, IDADI, PROC e ADL 2, pré e pós-intervenção, assim como os atendimentos de intervenção.

Para as atividades com os grupos e orientações aos pais, a pesquisadora contou com o auxílio de uma profissional do CAPSij, com formação em Fonoaudiologia.

As atividades realizadas com o grupo de participantes (crianças de 24 a 56 meses) foram elaboradas, organizadas e aplicadas pela pesquisadora. Levando em consideração o *hobby* da criança, que foi averiguado dentro dos processos da anamnese e de avaliação, essenciais para a verificação dos dados e informações sobre o interesse da criança. Os recursos utilizados foram: brinquedos, jogos simbólicos, lápis de cor, papel sulfite.

O profissional que já atua no CAPSij auxiliou no acompanhamento das atividades, na interação social com as crianças e seus pares. Os grupos terapêuticos e as oficinas terapêuticas no Centro de Atenção Psicossocial já são realizados, conforme a necessidade do serviço, com dois profissionais da equipe multidisciplinar, independente da área de formação.

A atuação desse profissional teve função terapêutica, pois auxiliou nas habilidades de interação e estimulação das habilidades comunicativas e de linguagem, assim como a interação das crianças com seus pares de mesma idade.

Os recursos materiais utilizados foram:

a) material para colorir: lápis de cor, canetinha, giz de cera, tinta;

b) material de escritório: papel sulfite, lápis, caneta, borracha;

c) brinquedos lúdicos: quebra-cabeça, bola, cada coisa em seu lugar, brincar de falar, histórias para brincar, bolinha de sabão, pompom colorido, limpador de cachimbo, frutas “crec-crec”, massinha de modelar, areia sensorial, bolinha de gel, entre outros;

d) questionários para impressão: anamnese, CARS, IDADI, PROC, ADL2;

e) material para gravação e fotografia: filmadora Sony Dcr-sx 20 e/ou celular.

4.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

4.5.1 Ficha de acolhimento

Foi realizada pesquisa documental, utilizando ficha de anamnese, que os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil realizam com a criança ou adolescente junto com o responsável legal, e o prontuário de cada criança utilizado para a coleta de dados do banco de dados, sendo anexado ao trabalho com autorização da gerente da unidade (Anexo C).

4.5.2 Entrevista semiestruturada

A Figura 3 apresenta a entrevista dirigida que foi aplicada aos pais e/ou responsáveis legais.

Figura 3

Dados da anamnese.

Dados da anamnese
Identificação da criança
Queixa principal
Tratamentos anteriores
Atendimentos realizados
Dados relevantes sobre: Gestação Sono Alimentação Desenvolvimento neuropsicomotor Aspectos atencionais
Antecedentes familiares
Sociabilização
Rotina da criança

A anamnese é um processo importante, nela são coletados os dados obtidos na conversa inicial com a criança e o responsável. Quanto mais detalhada for, mais informações se tem sobre o paciente.

Por meio dos dados coletados é que se seleciona os instrumentos de avaliação e a partir destes processos elabora-se o plano de intervenção terapêutico. Além de coletar informações, nesse atendimento inicia-se o vínculo da criança com o profissional.

As perguntas selecionadas para esse momento são importantes levando-se em consideração a faixa etária das crianças. A primeira pergunta é a queixa, o que motivou os pais a procurarem o atendimento. E se esse é o primeiro atendimento realizado.

É importante saber como foi à gestação, como está o sono desta criança, como se alimenta. Outro fator que é necessário investigar é o Desenvolvimento Neuropsicomotor (com que idade sentou sozinho, engatinhou, andou, falou primeiras palavras e frases).

Alguém na família apresentou os mesmos sintomas. Como essa criança interage com outras crianças e com adulto, se tem iniciativa. Outro fator importante é verificar a rotina desta criança, pois desta forma facilita o processo de orientação e intervenção, levando-se em consideração o que a criança gosta.

Desta forma, a anamnese é um instrumento de suma importância para se avaliar com qualidade essa criança e elaborar o planejamento terapêutico adequado para o paciente.

4.5.3 Childhood Autism Rating Scale(CARS)

Além dos critérios diagnósticos do DSM-5, existem algumas escalas que medem a gravidade dos sintomas, uma delas é a escala CARS, sendo um instrumento muito utilizado na avaliação de crianças com TEA. Segundo Pereira (2007), essa escala permite a diferenciação entre TEA leve, moderado e grave, além de fornecer informações sobre o comportamento da criança e a gravidade dos sintomas.

A CARS é composta de 15 itens que favorecem o diagnóstico e identificação de crianças autistas e auxiliam no diagnóstico diferencial em outros atrasos do desenvolvimento.

Pereira, Riesgo e Wagner (2008) referem que a aplicação é rápida e adequada a qualquer criança com mais de dois anos de idade a adolescente com 17 anos e 11 meses. Ela foi desenvolvida ao longo de um período de 15 anos, tendo como base 1.500 crianças com autismo. A escala incorpora critérios diagnósticos baseados no trabalho de Kanner (1943), Creak (1961), Rutter (1978) e Ritvo e Freeman (1978) e, a partir de 1980, o Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) (Schopler; Reichler; Renner, 1988).

A escala avalia o comportamento em 14 domínios geralmente afetados no autismo, somados a uma categoria única para descrição de impressões gerais. A pontuação atribuída a cada domínio varia de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas autísticos graves). A pontuação total varia de 15-60 e o ponto de corte para o autismo são 30. Essa escala CARS na versão brasileira foi validada de acordo com Pereira (2007) e Pereira, Riesgo e Wagner (2008). É um instrumento válido e confiável para avaliação da gravidade do autismo no Brasil.

A CARS foi traduzida do original em inglês para o português do Brasil, por dois tradutores independentes, e as duas versões foram comparadas pelos pesquisadores até a obtenção da versão final, que sofreu retrotradução para o inglês por psiquiatra bilíngue, não participante das etapas anteriores e que não esteve em contato com o texto original. A versão final, chamada CARS-BR, foi aplicada em 60 pacientes para cálculo das propriedades psicométricas, e o teste-reteste foi realizado após um período mínimo de quatro semanas da primeira aplicação, em 50 pacientes. A tradução e validação foi realizada por Pereira, Riesgo e Wagner (2008).

Por uma questão didática, apresenta-se na Figura 4 os itens relacionados à escala CARS.

As respostas aos 15 itens da escala apresentados na Figura 4 podem ser: sem evidência de dificuldade e anormalidades, grau leve, grau moderado e grau severo de anormalidade. Os itens apresentam respostas compatíveis com o desenvolvimento normal, pouca alteração com relação ao desenvolvimento típico, alterações moderadas, até reações extremamente alteradas ou ausentes.

Figura 4

Escala CARS - Childhood Autism Rating Scale. (continua)

1 – Relacionamento interpessoal
2 – Imitação
3 – Resposta emocional
4 – Expressão corporal
5 – Uso do objeto
6 – Adaptação a mudanças

Figura 4

Escala CARS - Childhood Autism Rating Scale. (conclusão)

7 – Uso do olhar
8 – Uso da audição
9 – Uso do paladar, olfato e do tato
10 – Medo e nervosismo
11 – Comunicação verbal
12 – Comunicação não verbal
13 – Atividade
14 – Grave consistência das respostas da inteligência
15 – Impressão geral

Fonte: Pereira, A. M. (2007). *Autismo infantil: tradução e validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. p. 99. Disponível em https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12936/000634977.pdf

Os pais e/ou responsáveis legais preencheram a escala, e, quando apresentaram dúvidas ou questionamentos,a pesquisadora os auxiliou no preenchimento.

4.5.4 Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil *(*IDADI)

Todo o processo de construção, validação e normatização do instrumento foi realizado em seis anos. Os pesquisadores iniciaram a construção do IDADI de crianças de quatro a 72 meses com foco em sete domínios: Cognitivo, Socioemocional, Comunicação e Linguagem Receptiva, Comunicação e Linguagem Expressiva, Motricidade Ampla, Motricidade Fina e Comportamento Adaptativo.

Os autores afirmam que o IDADI é um instrumento multiprofissional, podendo ser usado por profissionais da saúde e educação, entre elas: psicologia, fonoaudiologia, medicina, terapia ocupacional, pedagogia.

O uso desse instrumento pode vir a melhorar a qualidade dos atendimentos realizados na primeira infância (0 a 6 anos), favorecendo o encaminhamento para os processos de intervenção, tendo em vista que a intervenção precoce favorece a qualidade dos resultados.

A Figura 5 apresenta os sete domínios.

Figura 5

Sete domínios.

Cognitivo	Envolve a percepção, formação de conceitos, simbolização, abstração, atenção, velocidade de processamento da informação, processamento visuoespacial, solução de problemas e memória.
Socioemocional	Esse domínio é compreendido por habilidades e comportamentos que favoreçam interações sociais, compreender e regular as próprias emoções, desenvolver o autoconceito e entendimento do outro.
Comunicação e linguagem receptiva	Avalia habilidades da criança em entender o significado de gestos, informações verbais e ideias, incluindo palavras, frases e expressões verbais. Inclui compreensão de diferentes tons de voz e amplas formas de expressão não verbal.
Comunicação e linguagem expressiva	Avalia habilidades da criança em manipular unidades de significado do idioma falado, gestos e não verbais para se expressar, transmitir informações e instruções necessárias à interação social.
Motricidade ampla	Engloba movimentos amplos, como andar, sentar, correr, ficar de pé, equilibrar e coordenar atividades físicas.
Motricidade fina	Relacionado aos pequenos músculos do corpo. As habilidades avaliadas são alcançar, agarrar e manipular objetos.
Comportamento adaptativo	Avalia habilidades de desenvolvimento em três principais domínios: 1. habilidade para julgamento e resolução de problemas em situações novas da vida cotidiana; 2. capacidade de compreensão de sentimentos e pensamentos dos outros; 3. aptidão para autogestão em várias esferas da vida, incluindo cuidados pessoais, responsabilidades profissionais e escolares.

Fonte: Adaptado de: Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário dimensional do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Vetor.

Miranda, Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) afirmam que, no transtorno do espectro autista, as habilidades são desenvolvidas com prejuízo em relação ao desenvolvimento típico infantil, ocasionando alterações relacionadas à interação e socialização.

4.5.5 Protocolo de Observação Comportamental (PROC)

Outro instrumento utilizado pelos profissionais para avaliar a linguagem e cognição em crianças é o do Protocolo de Observação Comportamental (Zorzi & Hage, 2004).

Para Zorzi e Hage (2004), a observação comportamental é um procedimento pelo qual se analisa o comportamento geral da criança em contextos semiestruturados. Esse instrumento auxilia na detecção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem,

mesmo antes do aparecimento da comunicação verbal. Avalia as habilidades comunicativas expressivas, compreensão da linguagem e esquemas simbólicos.

É um procedimento muito útil com crianças pequenas, pois possibilita avaliar a criança quanto à linguagem, ao desenvolvimento das habilidades comunicativas e aos aspectos cognitivos infantis, por meio da observação comportamental.

O protocolo, apresentado na Figura 6, avalia crianças típicas até os 48 meses, e será utilizado até os seis anos para crianças com TEA, tendo em vista que é um protocolo de observação, e sua avaliação é qualitativa.

Figura 6

Protocolo de observação comportamental (PROC).

1a. Habilidades dialógicas ou conversacionais: Verificar a presença de comunicação interacional e o grau de envolvimento da criança nos intercâmbios comunicativos; **1b. Funções Comunicativas;** **1c. Meios de comunicação:** verbal e não verbal (vocalizações e gestos); **1d. Níveis de contextualização da linguagem:** situação imediata concreta até alcançar o nível de evocar situações passadas e antecipa situações futuras.
2. COMPREENSÃO VERBAL
3. ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO: **3a. Forma de manipulação dos objetos;** **3b. Nível de desenvolvimento do simbolismo;** **3c. Nível de organização do brinquedo;** **3d. Imitação: gestual e sonora.**

Fonte: Adaptado de: Hage, S. R. V., Pereira, T. C., & Zorzi, J. L. (2012) Protocolo de Observação Comportamental – PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. *Revista CEFAC*, 14(4): 677-690. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462012000400011&script=sci_arttext

Para a aplicação do PROC foram utilizados:

a) miniaturas: objetos da casa, como cadeira, mesa, cama, panela, televisão, sofá, talher, mamadeira, prato, cômoda, caixas pequenas vazias;

b) potes de encaixe e potes com tampa;

c) pedaço de papel, pedaço de pano, blocos de montar de madeira ou de plástico;

d) bonecos e animais de brinquedo.

Para Zorzi (1997), os brinquedos podem ser oferecidos para manipulação da criança, em um primeiro momento sem a interferência do avaliador, observando os comportamentos de interação, linguagem e os aspectos comunicativos, respondendo à criança com naturalidade.

Quando apresentou interesse, o responsável legal pela criança participou dessa avaliação e da reavaliação, sendo orientado a brincar como estão acostumados a fazer em casa, agindo da maneira mais natural possível.

4.5.6 Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem *(*ADL 2)

A ADL 2 é uma escala que tem por finalidade a avaliação da linguagem de crianças de 1 a 6 anos e 11 meses. É composto de duas escalas, linguagem compreensiva e linguagem expressiva, que possibilitam a avaliação de cada domínio da linguagem, separadamente. Avalia a aquisição do conteúdo (semântica) e estrutura (morfologia e sintaxe) da linguagem.

Ela pode ser utilizada por fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais. É necessário que o profissional tenha experiência e conhecimento com relação ao desenvolvimento da linguagem expressiva, assim como tenha conhecimento sobre os atrasos e transtornos do desenvolvimento da linguagem.

Para aplicação dessa escala, iniciou-se a aplicação na faixa etária de 6 meses abaixo da idade cronológica da criança.

A pontuação pode ser: resposta correta 1; resposta incorreta 0; não respondeu NR. O início da pontuação é determinado pelo número mínimo de três acertos consecutivos. Se não responder corretamente aos três primeiros itens, aplicar a faixa etária anterior, até que a criança responda corretamente a três itens seguidos. Após cinco erros, a aplicação deve ser encerrada.

A ADL 2 é uma escala validade para avaliação qualitativa e quantitativa. Os escores obtidos indicaram que características do desenvolvimento da linguagem das crianças no Brasil podem ser aferidos por ela.

A Figura 7 apresenta o ADL2 com as características de 24 a 48 meses.

A ADL 2 ainda avalia a observação da aquisição fonológica e do vocabulário. As palavras que fazem parte desse protocolo foram pesquisadas em estudos sobre aquisição fonológica de crianças na faixa etária de 3 a 6 anos. Não é um teste fonoaudiológico. Este foi construído com o objetivo de auxiliar o fonoaudiólogo a obter um perfil da aquisição fonológica da criança que está sendo avaliada com a escala da ADL 2.

Figura 7

ADL 2

Linguagem compreensiva	**Consiste em avaliar**
24 a 29 meses (2 anos a 2 anos e 5 meses)	Se usa apropriadamente objetos familiares; Se reconhece partes do corpo em si e no outro; Tem noção espacial; Compreende alguns pronomes; Reconhece ação nas figuras;
30 a 35 meses (2 anos e 6 meses a 2 anos e 11 meses)	Compreende os pronomes “mim”, “seu”, “minha”; Compreende o uso dos objetos; Compreende os conceitos dos adjetivos;
36 a 41 meses (3 anos a 3 anos e meio)	Compreende relações parte/todo; Compreende conceitos de quantidade; Identifica cores; Identifica categorias de objetos em figuras;
42 a 47 meses (3 anos e meio a 3 anos e 11 meses)	Compreende conceito de quantidade; Compreende pronomes pessoais; Faz deduções; Compreende o conceito de subir; Compreende questões com o pronome interrogativo “que”.
Linguagem expressiva 24 a 29 meses (2 anos a 2 anos e 5 meses)	A criança usa palavras com intenção de se comunicar; Combina duas ou mais palavras com significado; Nomeia figuras; Comunica-se mais por palavras do que por gestos;
30 a 35 meses (2 anos e 6 meses a 2 anos e 11 meses)	Combina três ou quatro palavras na fala espontânea; Compreende e responde com substantivo indicando posse; Vocabulário expressivo;
36 a 41 meses (3 anos a 3 anos e meio)	Usa a forma de verbo no gerúndio; Compreende e responde a questões com: “o que” substantivo; advérbio interrogativo "onde" e de negação “não”; Nomeia cores; Usa diferentes combinações de palavras para se expressar;
42 a 47 meses (3 anos e meio a 3 anos e 11 meses)	Usa palavras que expressam relação espacial; Conceito de quantidade; Habilidade para solucionar e responder a questões sobre situações do cotidiano; Descreve ações em uma sequência de figuras.

Fonte: Menezes, M. L. (2021). *ADL 2: avaliação do desenvolvimento da linguagem.* Booktoy. p. 63-65.

Orientação para aplicação: o examinador coloca a página com as figuras diante da criança, aponta para uma figura, perguntando: “O que é isto?” ou “Como é o nome desta figura?” Em seguida, anota a palavra da forma que a criança falou.

A ADL 2 é composta do Manual do Examinador que contém os procedimentos para aplicação e correção das tarefas da ADL e o material concreto: bolsa, bolinhas, carrinho,

caminhão, boneca, cachorrinho, bolas, xícaras, colheres, pratinho. Elaborado e publicado por Menezes (2019).

4.5.7 Roteiro para registro contínuo dos atendimentos

Para esta pesquisa foi utilizada a descrição narrativa, demonstrada na Figura 8. Bentzen (2021) afirma que "[...]. A descrição narrativa exige saber com antecedência quando, onde, quem, como e por que você vai observar" (p.100).

Figura 8

Descrição narrativa ilustrativa.

Nome do observador:		
Criança(s) observada(s):		
Idade da criança: ___anos e ____ meses	Sexo da criança: Feminino () Masculino ()	
Contexto de observação: grupo/ CAPSij		
Data de observação:	Horário de início:	Horário de término:
Breve descrição das características físicas e sociais do ambiente de observação		
Descrições comportamentais objetivas (DCOs) e interpretações: descrição narrativa		
DCO 1: Criança 1 (idade): Horário de início:	Horário de término:	
Interpretação 1: Criança 1:		
DCO 2: Criança 2 (idade): Horário de início:	Horário de término:	
Serão utilizadas DCOs o quanto desejar ou for necessário		
Interpretação 2: Criança 2:		
Resumo criança 1:		
Resumo criança 2:		
Semelhanças criança 1 entre criança 2:		
Diferenças: Criança 1 entre Criança 2:		

Fonte: Betnzen, W. R. (2021). *Guia para observação e registro do comportamento infantil*. (I.I. Elizabete V. F., Trad.) tasks. Cengage Learnin. p. 306.

A Figura 8 permitiu o registro de todas as crianças que participaram da pesquisa, podendo ainda anotar as semelhanças e diferenças observadas. Os registros foram anotados imediatamente após os atendimentos realizados no grupo.

4.6 PROCEDIMENTOS GERAIS

Primeiramente, foi solicitado formalmente por meio da carta de anuência ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Apêndice E), autorização para realização da presente

pesquisa, nas dependências do CAPSij, após a autorização formal (Anexo A), todos os documentos foram encaminhados ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco, que, após sua aprovação, deu-se início à pesquisa (Anexo B).

Em seguida foi realizado contato com a Coordenadora-Geral de Educação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS, para assinatura do Termo de Responsabilidade e Autorização (Anexo C), para que a pesquisa fosse realizada no CAPSij.

Com todos os documentos autorizados, a pesquisadora foi ao local da pesquisa de modo que os participantes fossem selecionados. Para a escolha destes, levou-se em consideração a faixa etária da pesquisa, crianças de 24 a 56 meses. Havia cinco crianças nessa idade, todas do sexo masculino, sendo atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil III.

Primeiro, foi realizada análise documental nos prontuários das crianças, após, os participantes foram selecionados, e, a pedido da gerente da unidade, a fonoaudióloga que trabalha no CAPS fez contato por telefone com os pais e/ou responsáveis legais.

Eles foram orientados sobre a pesquisa e foi agendado atendimento dos responsáveis legais, daqueles que tiveram interesse em participar, juntamente com as crianças, para que os dados fossem coletados por meio da entrevista/anamnese, e também foi realizada orientação sobre os procedimentos da pesquisa e lido o TCLE para assinatura dos pais.

Após, foi agendado um horário para que os responsáveis legais levassem a criança ao atendimento, onde foi explicado para ela, de maneira simples e acessível, o Termo de Assentimento (TALE), que foi carimbado com o dedo dela, autorizando a utilização dos dados coletados para esta pesquisa (Apêndice B). Nessa autorização foi utilizada tinta guache colorida à base de água, atóxica, que sai com água.

Nesse dia, a criança foi avaliada com o PROC e o ADL2, e para aquela que não colaborou para a realização dos dois instrumentos, agendou-se nova data para avaliação. As avaliações marcadas em dias diferentes não interferiram no resultado. A criança foi informada que os demais atendimentos seriam realizados com mais crianças, durante 12 semanas.

Na sala do atendimento, antes do início da atividade, foi realizada atividade lúdica, com o objetivo de propiciar a interação entre as crianças, com a pesquisadora e com a profissional do CAPSij[2]. Os demais atendimentos estão descritos na Figura 9, apresentando as propostas utilizadas durante as sessões de intervenção terapêutica, e o último atendimento foi

[2]Para a atividade com os grupos e orientação aos pais, a pesquisadora contou com o auxílio de uma profissional do CAPSij, com formação em Fonoaudiologia, indicada pela gerente da Unidade.

realizado com atividade lúdica e lanche. Os atendimentos de intervenção foram fotografados em momentos específicos e assistemáticos. Também foi utilizado roteiro para registro contínuo dos atendimentos realizados pela pesquisadora.

A partir dos dados da avaliação pré-intervenção foram traçados os objetivos dos atendimentos para fortalecer as interações sociais, as habilidades de cognição e de linguagem. As sessões de intervenção terapêuticas fonoaudiológicas foram realizadas com atividades semiestruturadas. Foram formados dois grupos, iniciando o processo de intervenção com duração de 12 sessões.

Com relação às sessões, não existiu um cronograma rígido, dependeu da realidade e do interesse da criança. Foi oportunizado aos pais e/ou responsáveis legais a possibilidade de orientação individual e em grupo familiar, após os atendimentos, com relação à estimulação em casa, como lidar com o comportamento da criança, entre outros assuntos de interesse da família.

Figura 9

Proposta de intervenção elaborada pela pesquisadora. (continua)

Atividade	Material utilizado	Descrição	Favorece
Desenho livre	Canetinha, lápis de cor, giz de cera, sulfite, tinta	A criança irá desenhar o que quiser, com o material que escolher.	Interação, coordenação motora, fala espontânea e comunicação não verbal.
Quebra-cabeça	Adequado à idade	Confeccionou-se o quebra-cabeça durante o atendimento com a criança.	Concentração, percepção visual, coordenação motora, noção espacial.
Imitação	Bingo dos sons: com cartelas ou miniaturas Dependeu dos aspectos observados na avaliação	Foram oferecidos às crianças os objetos ou cartelas, sobre a mesa. Os sons foram apresentados um a um e a criança tinha que apontar ou pegar o objeto relacionado ao som.	Habilidade auditiva, concentração, aguardar sua vez, interação.
Categorização	Cada coisa em seu lugar (*)	Um *kit* com 88 peças em madeira em 6 categorias, com seus respectivos cenários, além de 18 fichas de atividades em 3 níveis de dificuldade.	Comunicação verbal, linguagem, categorização.

Figura 9

Proposta de intervenção elaborada pela pesquisadora. (conclusão)

Atividade	Material utilizado	Descrição	Favorece
Nomeação, imitação de gestos e sons	Brincar de falar(*)	Um *kit* com 42 fichas divididas em nomeação de sons, imitação de gestos, apontar partes do rosto e cantar músicas.	Fala linguagem, percepção auditiva.
Ouvir ou narrar estória	Histórias para brincar(*)	*Kit* com caixa de madeira com 70 fichas de madeira impressas, divididas em 6 estórias (piratas, super-heróis, fundo do mar, espaço, dinossauros e floresta).	Linguagem oral, percepção visual e auditiva, interação.
Sopro	Bolinha de sabão, pote de sopro com bolinha de isopor, língua de sogra, bexiga.		Fortalecer musculatura de lábios, língua e bochecha.
Categorização	Pompom colorido, limpador de cachimbo colorido	Desenhos impressos e plastificados para colocar o pompom ou limpador de cachimbo no local indicado.	Categorização, nomeação, fala espontânea, interação, compreensão de ordens e comandos verbais.
Nomeação, jogo simbólico	Frutas "crec-crec", massinha de modelar.	Moldes para modelar a massinha, massinha de várias cores, frutas sortidas, essência com o cheiro da fruta.	Nomeação, interação, categorização.
Caixa sensorial	Com areia, bolinha de gel que cresce com água, sagu colorido.	Esconder miniaturas ou figuras plastificadas de animais, frutas dentro da caixa. A criança deverá colocar a mão na caixa e tirar um objeto ou figura.	Interação, coordenação motora, fala espontânea e comunicação não verbal.
Atividade lúdica	Caixa com brinquedos variados	Animais, partes da casa, frutas, bonecos, carrinho, brinquedos sensórios.	Interação, fala espontânea e comunicação não verbal, compreensão de ordens.

(*) A empresa que fabrica os brinquedos chama-se Materiais para Brincar.

As atividades foram realizadas em mais de um atendimento e organizadas com antecedência pela pesquisadora. A primeira sessão foi lúdica para integração e interação da criança com o grupo, coma pesquisadora e com a profissional do CAPSij. A sessão de encerramento foi realizada com lanche e atividades lúdicas.

Após as 12 sessões de intervenção, aplicaram-se a escala CARS e o IDADI com os responsáveis legais; e as crianças participantes foram reavaliadas com o PROC e o ADL 2. Os dados coletados serão apresentados posteriormente.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Foram analisados todos os dados coletados pelos instrumentos e filmagens, o pré e a pós-intervenção dos grupos, comparando o comportamento de cada criança no pré e pós-intervenção, para verificar se houve ou não alteração nos aspectos observados. Foi realizado também um comparativo entre as crianças, respeitando-se os marcos do desenvolvimento. Os registros da intervenção foram utilizados para ilustrar os comportamentos observados durante as sessões terapêuticas.

Ranski, Franco e Lima Júnior citam as técnicas propostas por Miles e Huberman (1994) que englobam a análise e apresentação dos dados, análise das hipóteses e elaboração da conclusão. A análise dos dados encontrados ocorre juntamente com a elaboração de relatórios, sendo essa a fase final desta etapa. O pesquisador deve relatar exatamente o que foi coletado em campo, sendo os relatórios individuais, apresentando os dados de maneira imparcial.

Outra fase importante corresponde à organização e identificação dos dados dos casos. Para melhor entendimento dos dados analisados, os referidos autores sugerem a elaboração de uma tabela organizada por categoria, e, a partir disso, iniciar a elaboração do relatório de análise dos dados coletados. Os diversos casos devem ser analisados e comparados, buscando similaridades e diferenças e identificando padrões.

Finalmente, na verificação das proposições e delineamento da conclusão, o pesquisador retorna as suas proposições iniciais. Os resultados devem, novamente, ser organizados e apresentados com o objetivo de facilitar a verificação das proposições e as respostas às questões de pesquisa, concluindo assim a análise. Como na atividade anterior, a organização das informações em uma matriz com as proposições e questões de pesquisa facilita a análise.

Com a finalização da coleta de dados obtidos com os protocolos avaliados, foram feitas as comparações das avaliações pré e pós-intervenção do grupo terapêutico. As comparações, bem como a evolução dos ganhos obtidos, foram descritas nos resultados e discussões.

Os dados foram analisados junto com as observações e os registros realizados durante as sessões de intervenção, e os dados coletados das entrevistas com os pais. Depois das 12 sessões de intervenção terapêutica fonoaudiológica, analisaram-se as escalas aplicadas aos pais: CARS, o IDADI, e, nas crianças, PROC e ADL2.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo CEP da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), em 6 de maio de 2022, conforme o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), sob o nº 58040622.9.0000.5162. O TCLE, respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, foi assinado pelos participantes da pesquisa.

Para o atendimento em grupo, mantendo-se a questão da pandemia da COVID-19, todos os cuidados com biossegurança e higienização das mãos, dos objetos e móveis foram respeitados. As crianças com autismo não tinham a obrigatoriedade em fazer uso de máscara facial, porém foram respeitadas as regras com relação ao distanciamento social.

Naquele momento, as Unidades de Saúde estavam fazendo uso de máscara de proteção; desta forma, os profissionais e os responsáveis legais ainda faziam uso dela. Quanto ao uso da máscara durante a pandemia da COVID-19, em crianças com TEA, a Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020, em seu art. 3º, § 7º, deixa claro que:

> A obrigação prevista no *caput* deste artigo será dispensada no caso de pessoas com transtorno do espectro autista, com deficiência intelectual, com deficiências sensoriais ou com quaisquer outras deficiências que as impeçam de fazer o uso adequado de máscara de proteção facial, conforme declaração médica, que poderá ser obtida por meio digital, bem como no caso de crianças com menos de 3 (três) anos de idade. (Brasil, 2020).

A pesquisa seguiu as normas éticas citadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b), e na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016). Os responsáveis legais pelas crianças que consentiram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Autorização do Uso de Imagens e Vídeos da Criança para fins da pesquisa (Apêndice C). A participação em todos os momentos e fases da pesquisa foi voluntária e não implicou quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro.

Os nomes das crianças não foram divulgados, além disso, o estudo não foi invasivo, não gerou danos físicos ou psicológicos aos participantes. Os atendimentos já eram feitos no CAPSij. Foi realizado coleta de dados para mostrar os resultados. A imagem dos participantes foi utilizada sem identificação, de costas ou de modo a não identificar as crianças. Os dados serão utilizados apenas para apresentação pública no meio científico, não sendo utilizadas tanto as imagens quanto a gravação em redes sociais, e somente a pesquisadora teve acesso a esses documentos.

De acordo com as resoluções, a produção científica teve como objetivo implicar benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado.

As crianças iniciam o tratamento no CAPSij por decisão dos pais e/ou responsáveis legais, encaminhadas pela escola ou por profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Após passarem pelo profissional de referência, as crianças são inseridas em oficinas terapêuticas, conforme a necessidade de cada criança, dando prioridade para a homogeneidade dos grupos.

Para fazer parte da pesquisa, as crianças não foram privadas de participar ou obrigadas a abandonar as atividades já realizadas no CAPSij. Os pais e/ou responsáveis legais foram orientados que a qualquer momento poderiam solicitar que a criança deixasse de participar da pesquisa, podendo continuar a participar do grupo, caso assim desejassem, sem nenhum constrangimento, assim como poderiam permanecer nos demais atendimentos oferecidos pela instituição.

Todos os atendimentos foram realizados no CAPSij. Ao final do trabalho foi realizado o encerramento dos atendimentos com um lanche, atividade lúdica e todos os pais e/ou responsáveis participaram desse momento. Os esclarecimentos aos participantes da pesquisa foram dados por documento escrito.

As crianças participantes da pesquisa, seus pais e/ou responsáveis legais e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial tiveram acesso aos resultados da pesquisa. A participação em todos os momentos e fases da pesquisa foi voluntária e não implicou quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro, como já citado. Em havendo despesas operacionais estas estavam previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese recaíram sobre o participante da pesquisa e/ou seu responsável legal.

A liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo foi garantida em todos os momentos, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa. O anonimato foi garantido. Os dados coletados só são utilizados nesta pesquisa e os

resultados só foram veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos.

Os atendimentos foram realizados pela pesquisadora juntamente com uma profissional do CAPSij, participou dos momentos de orientação familiar realizados após os atendimentos, com relação à estimulação da criança em casa, como lidar com os comportamentos dela, entre outros assuntos de interesse da família.

Auxiliou no cuidado, nos casos em que as crianças apresentaram algum comportamento disruptivo, desta forma minimizaram-se os riscos com relação a esse comportamento. Em casos em que a criança apresentou cansaço ou aborrecimento durante a intervenção na realização do grupo terapêutico, o familiar acompanhou o atendimento.

Os responsáveis legais pela criança puderam acompanhar todos os atendimentos, caso quisessem. Foi respeitada a individualidade de cada caso. A pesquisadora possui experiência como fonoaudióloga; logo, soube lidar com os possíveis riscos relacionados a comportamentos disruptivos. Sabendo disso, evitou-se o início desse comportamento, ou formas de manejo para evitar comportamentos de auto e heteroagressividade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo deste tópico, estão descritos os resultados encontrados na anamnese, como foi à gestação, o desenvolvimento psicomotor, a alimentação atual, a qualidade do sono, a rotina e a interação. Logo após, foram descritos, de forma comparativa, os achados de cada participante pré e pós-intervenção em cada protocolo aplicado. Juntamente com a análise dos dados.

5.1 ANAMNESE

A seguir são apresentados os dados da anamnese. Os participantes deste estudo são do sexo masculino com idade entre 44 e 56 meses. A anamnese foi respondida pela mãe junto com a criança em todos os casos.

5.1.1 Participantes da pesquisa

A Tabela 1 apresenta um pequeno histórico das crianças participantes.

Tabela 1

Quadro das crianças participantes da intervenção elaborada pela pesquisadora.

	Participante A	**Participante B**	**Participante C**	**Participante D**
Diagnóstico	**CID 10 F84**	**CID 10 F84?***	**CID 10 F80 e F84**	**CID 10 F84**
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade em meses	44	44	44	56
Idade da genitora (anos)	29	29	35 anos	40
Idade do genitor (anos)	37	28	35 anos	66
Renda familiar	Acima de 3 salários mínimos	Acima de3 salários mínimos	Um a três salários mínimos	Acima de3 salários mínimos
Histórico familiar de transtorno do espectro autista (TEA)	Não	Sim, primo de 3º grau	Não	Não

*CID 10 F 84? (diagnóstico de transtorno do espectro autista em investigação).

Na Tabela 1pode-se observar que todas as crianças participantes da pesquisa são do sexo masculino. Na cartilha da linha de cuidado da pessoa com TEA (Brasil, 2015), a prevalência de autismo é maior em meninos, sendo uma proporção de 4 meninos para 1 menina. No estudo em questão não foi selecionada nenhuma menina por não haver nenhuma sendo atendida no Centro de Atenção Psicossocial Infantil, com a idade de 24 a 56 meses.

5.1.1.1 Participante A

A mãe e o pai são autônomos e vivem juntos. A mãe traz a queixa de que seu filho apresenta “atraso na fala”, “só apontava”. Já iniciou o tratamento no CAPS com diagnóstico de autismo. Recebeu o diagnóstico com 2 anos e 8 meses. A mãe referiu que a criança tem memória muito boa. CID 10: F84. A família é de classe média.

Falou “mama” com nove meses; com dois anos e meio falava “bola, mama, papa” e logo parou de falar palavras simples. Em julho de 2021 apresentou aumento do vocabulário, frases simples com três anos e dois meses.

O atraso na fala, ou dificuldade com a fala funcional, se a criança não a adquirir até os cinco anos de idade, torna-se pior o prognóstico com relação à evolução da fala e à comunicação verbal e não verbal: gestos (apontar, negar com a cabeça) e imitação não são observados com frequência ou estão ausentes (Brasil, 2015).

Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) referem que com relação à linguagem expressiva, observa-se que, a partir dos 24 meses, a criança já responde “não” com a cabeça, repete o que as pessoas dizem, nomeia alguns objetos ou figuras em livros ou revistas, faz perguntas com duas palavras, usa os pronomes meu/minha para se referir aos seus pertences, consigam entender, fala palavras no plural e inicia a conversação.

Não sabe brincar de faz de conta, permanece mais tempo com os mesmos brinquedos ou atividades, não manda nas brincadeiras e organiza os brinquedos quando fazem juntos.

Ainda Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020), no desenvolvimento socioemocional, observa-se que aos 24 meses a criança já brinca de faz de conta, divide os brinquedos com outras crianças, participa bem em atividades de grupo, sabe esperar sua vez, brinca de esconde-esconde ou amarelinha e lidera crianças mais novas.

5.1.1.2 Participante B

A mãe é babá e o pai motorista de caminhão; estavam juntos no início da pesquisa, mas ao final dela haviam se separado. A mãe traz a queixa de que seu filho não interage, brinca sozinha, interage com a professora. CID 10 F84?, em investigação para autismo.

Segundo relato da mãe, a gestação foi complicada porque teve pré-eclâmpsia, entrou em trabalho de parto, mas não teve dilatação, desta forma, foi realizado parto cesárea. A criança não chorou logo que nasceu. Falou as primeiras palavras com dois anos e meio, e frases simples começou com três anos.

Zorzi (2020) afirma que aos dois anos é esperado que a criança faça nomeação, emita a fala do outro, e, aos três anos, espera-se que ela faça relatos de histórias e experiências.

Tem amigos, mas prefere brincar sozinho, permanece pouco tempo com os mesmos brinquedos ou atividades, escolhe do que quer brincar. No entanto, já sabe organizar os brinquedos e faz uso de telas 2 a 3 horas/dia.

Para Bosa (2006), aprender como interagir com crianças da mesma idade é uma tarefa árdua para crianças com TEA. A interação precisa de reciprocidade; deste modo, a criança tem que adaptar seu comportamento ao de outras crianças.

5.1.1.3 Participante C

A mãe é diarista e o pai é vigilante, estão juntos há 15 anos. A mãe traz a queixa de que seu filho apresenta atraso na fala, fala poucas palavras (mama, papa), não tinha contato com outras crianças. Relata que a criança é agitada, não faz contato visual, ecolalia. CID 10: F84. A família é de classe média baixa.

Falou as primeiras palavras com um ano e dois meses, ainda não produz frases simples, atualmente fala dez palavras. Os transtornos da comunicação englobam o transtorno de linguagem, de fala, de comunicação social e fluência. Tendo seu início precoce, pode acarretar prejuízos funcionais que perduram a vida toda (Brasil, 2015).

Não tem amigos (somente os primos), brinca com uma prima que tem dois anos de idade, permanece pouco tempo com os mesmos brinquedos ou atividades, não manda nas brincadeiras, brinca de carrinho, bola, lego, pega-pega e não gosta de bicicleta.

Nas relações sociais, a criança apresenta interesse diminuído com os pares, redução na brincadeira de faz de conta, dificuldade em desenvolver, manter e entender as relações

sociais, e ainda dificuldade em ajustar seu comportamento ao contexto. Reduzido ou atípico interesse social (Brasil, 2014).

5.1.1.4 Participante D

A mãe e o pai são autônomos, e vivem juntos. A mãe adotiva traz a queixa de que seu filho apresenta atraso na fala, movimentos estereotipados, “crises”, se fixa em um brinquedo. CID 10: F84. A família é de classe média.

Segundo o DSM-5, é necessário apresentar movimentos estereotipados, tais como: estereotipias motoras, ecolalia. Padrões rituais de comportamento verbal e não verbal, por exemplo: fazer o mesmo caminho, ingerir os mesmos alimentos diariamente; interesse restrito, apego incomum com objetos. Falou as primeiras palavras com dois anos e ainda não produz frases simples.

Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) afirmam que, a partir dos 24 meses, já responde “não” com a cabeça, repete o que as pessoas dizem, nomeia alguns objetos ou figuras em livros ou revistas, faz perguntas com duas palavras, usa os pronomes meu/minha para se referir aos seus pertences, nomeia ao menos cinco partes do corpo. Nomeias os objetos de forma que dê para entender, fala palavras no plural e inicia a conversação.

Não responde quando chamado pelo nome. A mãe refere que a criança não compreende ordens simples, não presta atenção na conversa, tem amigos, gosta de brincar com eles, permanece com os mesmos brinquedos ou atividades por um longo tempo, não manda nas brincadeiras e brinca de carrinho e lego.

Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) descrevem que a partir dos 24 meses a criança já obedece a ordens com uma ação, venha comer, entende o significado da palavra “não”, responde perguntas simples, entende o significado de “ligar e desligar”, compreende ordens com duas ações relacionadas, entende verbos de ação, aponta ao menos oito partes do corpo, entende palavras como igual/diferente; fácil/difícil; antes/depois.

5.2 COMPARATIVO DOS RESULTADOS OBTIDOS PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO EM GRUPO

5.2.1Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Para que os dados sejam mais bem visualizados, foram construídas tabelas que demonstram os resultados identificados pré e pós-intervenção em grupo. Os resultados

apresentados são relacionados à escala CARS, que avalia a relação interpessoal, a imitação, a expressão corporal, os cinco sentidos, a comunicação verbal e não verbal.

A CARS é um instrumento elaborado por Schopler et al. (1988), sendo traduzido e validado no Brasil por Alexandra Marques Pereira em 2007. Tem sido usado para identificar crianças com TEA. Sua utilização é importante para distinguir o autismo de leve a moderado ou grave. A escala pode ser utilizada com crianças com idade acima de 2 anos. Ela é fácil de ser aplicada, sendo composta de 15 itens: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato; medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual; e impressões gerais, com escores que variam entre 1 (dentro dos limites de normalidade) e 4 (sintomas autistas). A pontuação total vai de 15 a 60 pontos, cuja pontuação entre 30 e 36 considera indicação de autismo leve a moderado, e, acima de 37 pontos, autismo grave (Pereira, 2007).

A seguir é descrito o resultado total encontrado na aplicação da escala CARS pré e pós-intervenção em cada participante da pesquisa.

5.2.1.1Participante A

Não foram observadas mudanças nos itens: resposta emocional, uso do corpo, adaptação à mudança, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não verbal e nível de coerência da resposta intelectual. No entanto, a criança apresentou regressão nos itens: resposta ao paladar, olfato e tato (Tabela 2).

Tabela 2

CARS – Participante A (continua)

Domínios	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**	**Domínios**	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**
Relacionamento interpessoal	2	1,5	Resposta ao paladar, olfato e tato	2	3
Imitação	1,5	01	Medo ou nervosismo	1	1
Resposta emocional	1	1	Comunicação verbal	2	2
Uso do corpo	1	1	Comunicação não verbal	1	1

Tabela 2

CARS – Participante A (conclusão)

Domínios	Escore pré-intervenção	Escore pós-intervenção	Domínios	Escore pré-intervenção	Escore pós-intervenção
Uso de objetos hiperfoco ventilador	2	1,5	Nível de atividade parece que não se cansa quando está fora de casa	1,5	1
Adaptação a mudanças Não tem apego à rotina. Mesmo assim, a família mantém	1	1	Nível de coerência da resposta intelectual	1	1
Resposta visual	1,5	1	Impressões gerais	3	1,5
Resposta auditiva	2	1	Escore total	23,5 Sem autismo	19,5 Sem autismo

Observou-se na aplicação da escala CARS pré e pós-intervenção que, de acordo com a observação dos domínios pela mãe, a criança apresentou-se dentro dos critérios da criança típica (padrão comum).

Apesar de o resultado final ser compatível com a criança não apresentar características de autismo, pode-se observar melhora no relacionamento interpessoal; melhora na imitação; uso de objetos; resposta visual e auditiva; resposta ao paladar, olfato e tato; nível de atividade e nas impressões gerais. Os demais domínios não apresentaram alteração.

Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) também encontraram dados indicativos de alerta para TEA com a pontuação na CARS dentro do esperado para idade. A criança não se incomodava com mudanças na rotina, apresentou resposta emocional adequada, sintonia entre expressão facial, postura e comportamento. Levando-se em consideração as respostas da mãe, porém, na avaliação global e nos demais instrumentos, observaram-se alguns sintomas relacionados ao transtorno do espectro autista.

5.2.1.2Participante B

Observou-se melhora em todos os itens (Tabela 3).

Tabela 3

CARS - Participante B

Domínios	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**	**Domínios**	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**
Relacionamento interpessoal	1,5	1	Resposta ao paladar, olfato e tato	1,5	1
Imitação	2,5	1	Medo ou nervosismo	2,5	1
Resposta emocional	2,5	2	Comunicação verbal	2,5	1
Uso do corpo	1,5	1	Comunicação não verbal	2,5	1
Uso de objetos hiperfoco ventilador	2,5	1	Nível de atividade parece que não se cansa quando está fora de casa	2,5	2
Adaptação a mudanças Não tem apego a rotina. Mas mesmo assim a família mantém	2,5	1	Nível de coerência da resposta intelectual	1,5	1
Resposta visual	2,5	1	Impressões gerais	2,5	2
Resposta auditiva	2,5	1	Escore total	33,5 Autismo leve a moderado	18 Sem autismo

Observou-se na aplicação da escala CARS pré e pós-intervenção que, de acordo com a observação dos domínios pela mãe, a criança apresentou autismo leve a moderado, na aplicação pré-intervenção, e na aplicação pós-intervenção dentro dos critérios da criança típica.

Pode-se observar que, após a intervenção, a criança apresentou melhora no relacionamento interpessoal; melhora na imitação; na resposta emocional, uso do corpo e uso

de objetos; resposta visual e auditiva; resposta ao paladar, olfato e tato; nível de atividade e nas impressões gerais. Ou seja, todos os aspectos apresentaram melhora de acordo com as respostas da mãe.

5.2.1.3 Participante C

Não foram observadas mudanças nos itens: relações pessoais, imitação, uso corporal e de objetos, adaptação à mudança, resposta visual, resposta ao paladar, olfato e tato, medo e nervosismo, comunicação verbal e não verbal, nível de atividade e nível de coerência da resposta intelectual. No entanto, a criança não apresentou regressão nos itens (Tabela 4).

Tabela 4

CARS – Participante C.

Domínios	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**	**Domínios**	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**
Relacionamento interpessoal	2	2	Resposta ao paladar, olfato e tato	2	2
Imitação	2	2	Medo ou nervosismo	2	2
Resposta emocional	2	1	Comunicação verbal	2	2
Uso do corpo	2	2	Comunicação não verbal	2	2
Uso de objetos hiperfoco ventilador	2	2	Nível de atividade parece que não se cansa quando está fora de casa	2	2
Adaptação a mudanças Não tem apego a rotina. Mas mesmo assim a família mantém	2	2	Nível de coerência da resposta intelectual	2	2
Resposta visual	2	2	Impressões gerais	2	2
Resposta auditiva	3	2	Escore total	31 Autismo leve a moderado	29 Sem autismo

Observou-se na aplicação da escala CARS pré e pós-intervenção que, conforme a observação dos domínios pela mãe, a criança apresentou pré–intervenção autismo leve a moderado, na reavaliação dentro dos critérios da criança típica.

Pode-se observar melhora na resposta emocional e na resposta auditiva. Os demais domínios não apresentaram alteração.

Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) também observaram na CARS características sem autismo, o que não foi compatível com o resultado encontrado em outros instrumentos.

5.2.1.4 Participante D

Não foram observadas mudanças nos itens: relações pessoais, imitação, uso corporal e de objetos, adaptação à mudança, medo e nervosismo, comunicação não verbal, nível de coerência da resposta intelectual. No entanto, a criança apresentou regressão nos itens: nível de atividade e resposta visual (Tabela 5).

Tabela 5

CARS – Participante D. (continua)

Domínios	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**	**Domínios**	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**
Relacionamento interpessoal	2	2	Resposta ao paladar, olfato e tato	3	2
Imitação	3	2	Medo ou nervosismo	2	2
Resposta emocional	2	1	Comunicação verbal	4	2
Uso do corpo	2	2	Comunicação não verbal	2	2
Uso de objetos hiperfoco ventilador	2	2	Nível de atividade parece que não se cansa quando está fora de casa	2	3
Adaptação a mudanças. Não tem apego à rotina. Mas mesmo assim a família mantém	3	3	Nível de coerência da resposta intelectual	3	3

Tabela 5

CARS – Participante D. (conclusão)

Domínios	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**	**Domínios**	**Escore pré-intervenção**	**Escore pós-intervenção**
Resposta visual	2	3	Impressões gerais	3	2
Resposta auditiva	3	2	Escore total	38 Autismo grave	33 Autismo leve a moderado

Observou-se na aplicação da escala CARS pré e pós-intervenção que, segundo a observação dos domínios pela mãe, a criança apresentou pré–intervenção autismo grave, na reavaliação apresentou autismo leve a moderado. Pode-se observar melhora nos domínios: imitação, resposta emocional e auditiva, comunicação verbal, resposta ao paladar, olfato e tato. Apresentou piora no nível de atividade. Os demais domínios não apresentaram alteração.

Segundo o DSM 5 (2014), é necessário que haja déficit na comunicação social e nos padrões repetitivos e restritos para o diagnóstico de autismo. Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020) sugerem que é importante que essas crianças sejam avaliadas e reavaliadas com frequência de modo que se acompanhe a evolução dos sintomas apresentados. Quando o resultado encontrado não é compatível com os demais instrumentos, pode ser que haja viés no olhar dos responsáveis com relação à criança.

O que se observou com relação a essa escala é que não existem muitos exemplos com relação aos itens avaliados, sendo mais gerais as informações com relação ao IDADI, o que pode ter prejudicado o resultado, tendo em vista que a pesquisadora utilizou o mesmo critério de aplicação do Inventário de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, que é respondido pelos pais e/ou responsáveis, de modo que não houvesse interferência do olhar da pesquisadora sobre as respostas obtidas.

5.2.2 Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil

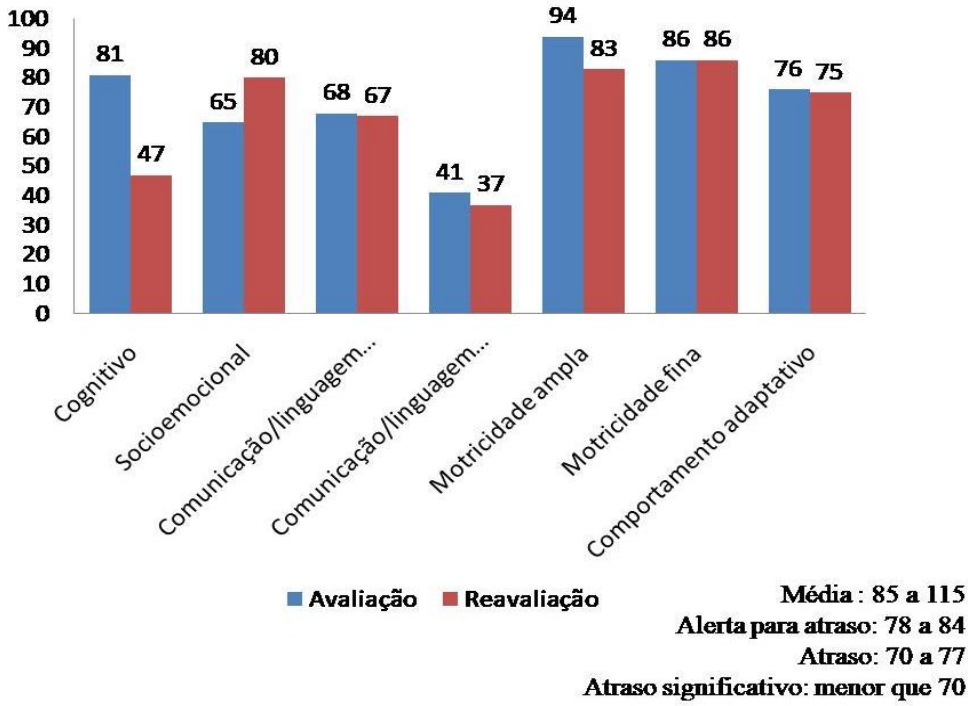
Os resultados obtidos com a aplicação do IDADI serão descritos a seguir.

5.2.2.1 Participante A

Na Figura 10 serão apresentados todos os Domínios do IDADI.

Figura 10

Resultado do IDADI – Participante A.



De acordo com Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020), foi observada diminuição nos resultados em casos de crianças com diagnóstico de transtorno do desenvolvimento, em todos os domínios. Para o domínio comportamento adaptativo, a variação foi de -6,22, para o domínio Comunicação Linguagem Expressiva a -23,55.

No caso apresentado, houve uma variação de -0,38 na Motricidade Ampla a -3,96 na Linguagem Expressiva, durante a avaliação. Na reavaliação, observou-se uma piora na Linguagem Expressiva, e a variação foi de -4,18, a -0,95 na motricidade fina.

No domínio Cognitivo, apresentou escore padronizado igual a 81, indicando na avaliação alerta para atraso, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 47, passando para atraso significativo nesse domínio.

No domínio Socioemocional foi identificado escore padronizado de 65 na avaliação, sendo que a criança apresentou atraso significativo. Na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 80, passando desta forma para alerta de atraso.

No domínio Comunicação e Linguagem Receptiva, a criança apresentou escore padronizado igual a 68 na avaliação e o escore padronizado foi igual a 67 na reavaliação, mantendo o atraso significativo.

No domínio Comunicação e Linguagem Expressiva, o escore padronizado na avaliação foi igual a 41, e, na reavaliação, houve uma pequena piora no escore padronizado, sendo este igual a 37, mantendo-se o atraso significativo.

Com relação à Motricidade Ampla, o escore padronizado na avaliação foi igual a 94, ou seja, dentro do esperado para sua idade, e na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 83, passando para alerta para atraso.

No domínio Motricidade Fina, o escore padronizado foi igual a 86 tanto na avaliação quanto na reavaliação; assim, o desempenho da criança encontra-se na média esperada para a idade.

No Comportamento Adaptativo, a criança apresentou escore padronizado igual a 76, apresentando alerta para atraso, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 75, apresentando uma pequena diminuição no escore padronizado, porém, por causa da idade passou a apresentar atraso nesse domínio.

5.2.2.2 Participante B

Na Figura 11 são apresentados todos os Domínios do IDADI. De acordo com Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020), foi observada diminuição nos resultados em casos de crianças com diagnóstico de transtorno do desenvolvimento em todos os domínios. Para o domínio Comportamento Adaptativo, a variação foi de -6,22, para o Domínio Comunicação Linguagem Expressiva a -23,55.

No caso apresentado, observou-se uma variação de -1,16 no Comportamento Adaptativo a -3,25 na Linguagem Expressiva, durante a avaliação. Já na reavaliação, houve melhora na Linguagem Expressiva e a variação foi de -2,98 a -0,79 na Motricidade Ampla.

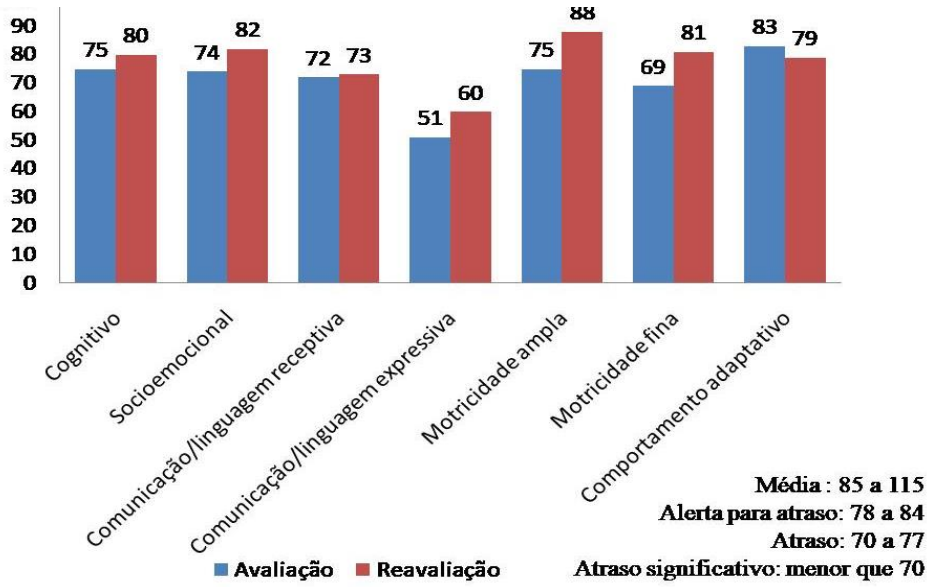
No domínio Cognitivo escore padronizado igual a 75, indicando, na avaliação, atraso, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 80, passando para alerta para atraso.

No domínio Socioemocional foi identificado escore padronizado de 74 na avaliação, sendo que a criança apresentou atraso, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 82, passando desta forma para alerta de atraso.

No domínio Comunicação e Linguagem Receptiva, a criança apresentou escore padronizado igual a 72 na avaliação e o escore padronizado foi igual a 73 na reavaliação, mantendo o atraso.

Figura 11

Resultado do IDADI – Participante B.



No domínio Comunicação e Linguagem Expressiva, o escore padronizado na avaliação foi igual a 51, e, na reavaliação escore padronizado, foi igual a 60. Houve uma pequena melhora, mas ainda se manteve o atraso significativo.

Com relação à Motricidade Ampla, o escore padronizado na avaliação foi igual a 75, ou seja, apresentando atraso, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 88, passando para desenvolvimento típico.

No domínio Motricidade Fina, o escore padronizado foi igual a 69, apresentando atraso significativo, e, na reavaliação, apresentou escore padronizado igual a 81, passando para alerta para atraso.

No Comportamento Adaptativo, a criança apresentou escore padronizado igual a 83, apresentando alerta para atraso, e, na reavaliação, observou-se o escore padronizado igual a 79. Desta forma, continua com alerta para atraso.

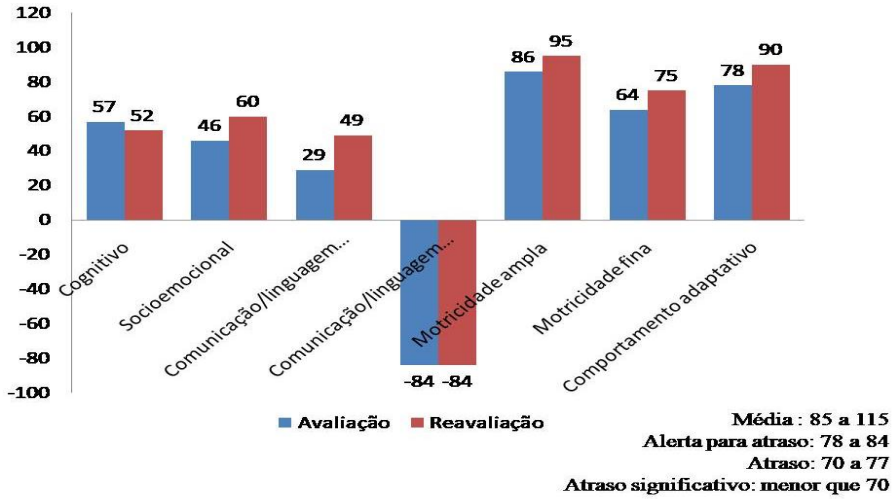
5.2.2.3 Participante C

Na Figura 12 serão apresentados todos os Domínios do IDADI. De acordo com Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020), foi observada diminuição nos resultados em casos de crianças com diagnóstico de transtorno do desenvolvimento, em todos os domínios. Para o

domínio Comportamento Adaptativo, a variação foi de -6,22, e, para o domínio Comunicação Linguagem Expressiva, -23,55.

Figura 12

Resultado do IDADI – Participante C.



No caso apresentado, observou-se uma variação de -0,93 na Motricidade Ampla a -12,97 na Linguagem Expressiva, durante a avaliação. Já na reavaliação, houve uma variação de -12,97 na Linguagem Expressiva e a -0,31 na Motricidade Ampla.

No domínio Cognitivo, o escore padronizado foi igual a 57, indicando na avaliação atraso significativo, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 52, o que indicou continuação com atraso significativo nesse domínio.

No domínio Socioemocional foi identificado escore padronizado de 46 na avaliação e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 60, sendo que a criança passou de atraso significativo para atraso, nesse domínio.

No domínio Comunicação e Linguagem Receptiva, a criança apresentou escore padronizado igual a 29 na avaliação e o escore padronizado foi igual a 49 na reavaliação, sendo que manteve o atraso significativo.

No domínio Comunicação e Linguagem Expressiva, o escore padronizado na avaliação foi igual a -84, e, na reavaliação, continuou com o mesmo escore padronizado, mantendo-se o atraso significativo. Segundo as respostas da mãe a criança ainda não sabe dizer o nome de pessoas próximas, não nomeia corretamente objetos e figuras, não utiliza a palavra “não” de forma correta, ainda não faz perguntas para pedir algo, não nomeia partes do

corpo e não utiliza “meu” e “minha” para se referir as próprias coisas. A criança apresentou oito respostas consecutivas “ainda não” nesse domínio.

Com relação à Motricidade Ampla, o escore padronizado na avaliação foi igual a 86 e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 95, ou seja, dentro do esperado para sua idade.

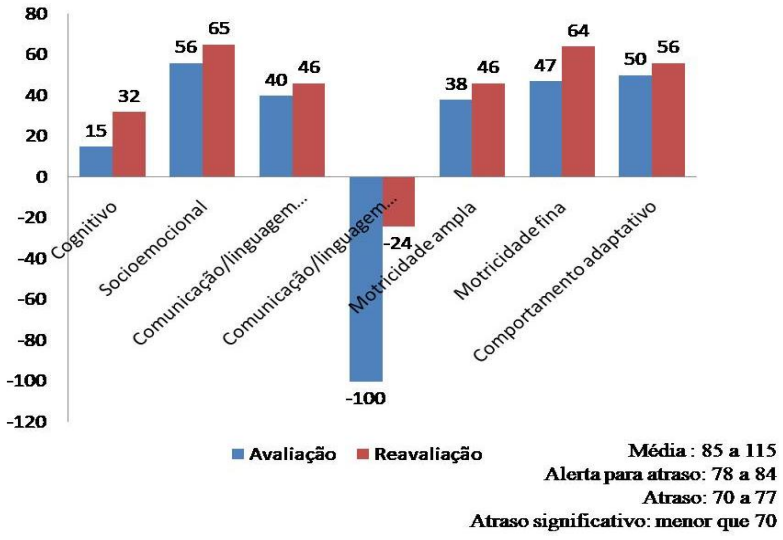
No domínio Motricidade Fina, o escore padronizado foi igual a 64, tanto na avaliação quanto na reavaliação, cuja média foi à esperada para a idade. Já no Comportamento Adaptativo, a criança apresentou escore padronizado igual a 78, apresentando alerta para atraso, e, na reavaliação, observou-se o escore padronizado igual a 90, apresentando desenvolvimento típico nesse domínio.

5.2.2.4 Participante D

Na Figura 13 serão apresentados todos os Domínios do IDADI. De acordo com Silva, Mendonça Filho e Bandeira (2020), foi observado diminuição nos resultados em casos de crianças com diagnóstico de transtorno do desenvolvimento, em todos os domínios. Para o domínio Comportamento Adaptativo, a variação foi de -6,22, para o domínio Comunicação Linguagem Expressiva a -23,55.

Figura 13

Resultado do IDADI – Participante D.



No caso apresentado, observou-se uma variação de -2,90 no domínio Socioemocional e -13,85 na Linguagem Expressiva, durante a avaliação. Na reavaliação, observou-se uma variação de -8,26 na Linguagem Expressiva, a -2,31 na Motricidade Ampla.

No domínio Cognitivo, o escore padronizado foi igual a 15, indicando na avaliação atraso significativo, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 32, continuando com atraso significativo nesse domínio.

No domínio Socioemocional foi identificado escore padronizado de 56 na avaliação e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 65, sendo que a criança continua com atraso significativo, mas apresenta uma pequena melhora nesse domínio.

No domínio Comunicação e Linguagem Receptiva, a criança apresentou escore padronizado igual a 40 na avaliação e o escore padronizado foi igual a 46 na reavaliação, sendo que manteve o atraso significativo.

No domínio Comunicação e Linguagem Expressiva, o escore padronizado na avaliação foi igual a -100, e, na reavaliação, apresentou melhora com relação a esse domínio, com escore padronizado de -24, mantendo-se o atraso significativo.

Com relação à Motricidade Ampla, o escore padronizado na avaliação foi igual a 38 e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 46, ou seja, apresenta atraso significativo nesse domínio.

No domínio Motricidade Fina, o escore padronizado foi igual a 47 na avaliação, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 64, apresentando atraso significativo nesse aspecto.

No Comportamento Adaptativo, a criança apresentou escore padronizado igual a 50, com atraso significativo, e, na reavaliação, o escore padronizado foi igual a 56, continuando com atraso significativo

Foi possível observar que duas crianças apresentaram transtorno grave de linguagem, com atraso significativo, entretanto, com as doze sessões de intervenção, foi possível observar melhora nessa habilidade. Nos aspectos avaliados pelo IDADI, todos os participantes apresentaram melhora do domínio Comportamento Adaptativo e do domínio Socioemocional. Duas crianças apresentaram melhora do domínio Cognitivo e um participante apresentou melhora da Linguagem Expressiva.

5.2.3 ADL 2 - Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem - protocolo de aplicação e pontuação

5.2.3.1 Participante A

Na avaliação pré-intervenção, a criança não quis realizar a atividade proposta, nem com os brinquedos.

Na avaliação pós-intervenção, apresentou transtorno grave de Linguagem Compreensiva e Expressiva, com escore padrão igual ou abaixo de 69 – transtorno grave de linguagem. Na reavaliação observou-se que a criança se encontra na faixa etária de 2 anos a 2 anos e 5 meses.

Na avaliação somente a mãe participou, e, na reavaliação, a criança solicitou a presença do pai também. De acordo com Menezes (2021), crianças menores se sentem mais confortáveis com os pais e/ou responsáveis no ambiente de avaliação, na faixa etária de 1 ano a 2 anos e seis meses. Os resultados entre o Escore Padrão 85 (média baixa) e Escore Padrão 115 (média alta) são encontrados em crianças com desenvolvimento da linguagem dentro dos parâmetros de normalidade. A criança do estudo apresenta TEA, por isso, nesse quadro, já se espera que haja um atraso significativo com relação à Linguagem Expressiva e Compressiva.

5.2.3.2 Participante B

Na avaliação pré-intervenção apresentou transtorno leve de Linguagem Compreensiva e Expressiva. O escore padrão está entre 84 e 77. A criança apresentou escore total 77.

Na avaliação pós-intervenção, apresentou transtorno leve de Linguagem Compreensiva e Expressiva com escore total de 84.

Embora continue com transtorno leve de linguagem, apresentou melhora do escore padrão total. Também apresentou melhora do escore total da Linguagem Receptiva e Expressiva.

Para Tamanaha e Perissinoto (2017), ao se realizar o diagnóstico diferencial do transtorno do espectro autista, avaliam-se as habilidades dos domínios de Comunicação e Linguagem Expressiva e Receptiva, Desenvolvimento Socioemocional e Comportamento Adaptativo. Essas habilidades apresentam-se comprometidas em crianças com TEA, comparando com as crianças com desenvolvimento típico.

5.2.3.3 Participante C

A avaliação pré-intervenção do ADL 2 foi iniciada na faixa etária de 3 anos a 3 anos e 5 meses. Como a criança não a respondeu, foi necessário reduzir até a idade de 1 ano a 1 ano e 5 meses, mas também não respondeu.

Na avaliação pós-intervenção, observou-se que, na linguagem compreensiva, a criança se encontra na faixa etária de 1 ano a 1 ano e 5 meses, e, na linguagem receptiva, não realizou as atividades propostas de 1 ano a 1 ano e 5 meses.

A mãe participou da avaliação, mas não participou da reavaliação. De acordo com Menezes (2021), crianças menores se sentem mais confortáveis com os pais e/ou responsáveis no ambiente de avaliação, na faixa etária de 1 ano a 2 anos e seis meses. Os resultados entre o Escore Padrão 85 (média baixa) e Escore Padrão 115 (média alta) são encontrados em crianças com desenvolvimento da linguagem dentro dos parâmetros de normalidade. A criança do estudo apresenta TEA, por isso, nesse quadro, já se espera que haja um atraso significativo com relação à Linguagem Expressiva e Compreensiva. Porém, a criança apresentou transtorno grave de Linguagem Compreensiva e Expressiva. Apresentou Escore Padrão total 52, sendo que o escore igual ou abaixo de 69 já classifica o transtorno grave de linguagem.

Porém, observa-se que na primeira avaliação a criança nem se interessou em realizar, desta forma observou-se melhora no comportamento da criança como um todo.

5.2.3.4 Participante D

Na avaliação pré-intervenção, apresentou transtorno grave de Linguagem Compreensiva e Expressiva, com escore total de 52.

Na avaliação pós-intervenção, observou-se transtorno grave de Linguagem Compreensiva e Expressiva, com escore padrão de 62.

Observou-se melhora da Linguagem Receptiva de um escore de 62 para 73. Apresentou aumento também do escore padrão da linguagem global.

Observou-se que a última tarefa correta da Linguagem Receptiva passou de 27 para 29, com relação à Linguagem Expressiva, a primeira tarefa tinha sido respondida corretamente, na reavaliação, a última tarefa correta foi a 17. Continua com transtorno grave de Linguagem Receptiva e Expressiva, mas em 12 sessões já foi possível observar evolução do quadro.

5.2.4 PROC – Protocolo de Observação Comportamental - avaliação e reavaliação

Neste tópico são avaliadas as Habilidades dialógicas ou conversacionais; Funções comunicativas; Meios de comunicação e Níveis de contextualização da linguagem. De acordo com Hage, Pereira e Zorzi (2012), a avaliação realizada pelo PROC ocorre com situações semiestruturadas, por meio de brinquedos simbólicos pré-selecionados, de forma a avaliar o desenvolvimento da criança.

A seguir são descritos os achados pré e pós-intervenção nos quatro participantes.

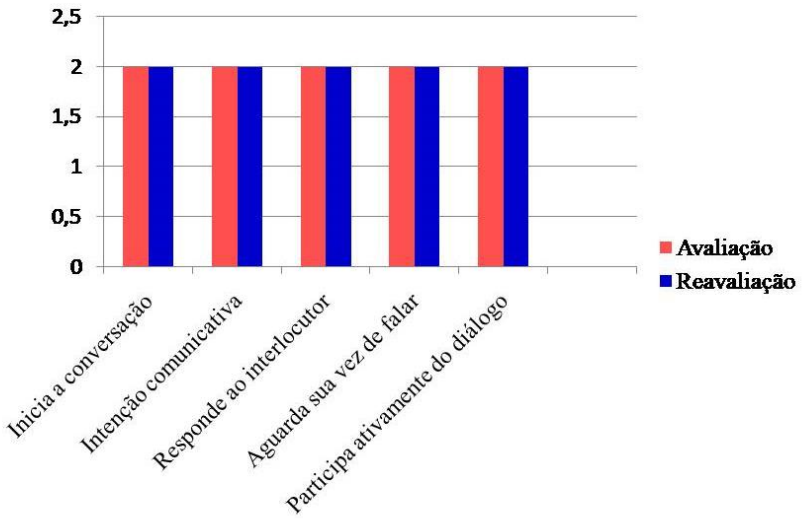
5.2.4.1 Participante A

• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Habilidades dialógicas

Na Figura 14 observou-se que criança apresentou desenvolvimento abaixo do esperado com relação às habilidades dialógicas ou conversacionais, houve comunicação intencional e participou da atividade dialógica tanto na avaliação quanto na reavaliação. Porém, ocorreram raramente. Às vezes, aguardou sua vez de falar, nem sempre respondeu ao interlocutor.

Figura 14

Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo – Participante A.

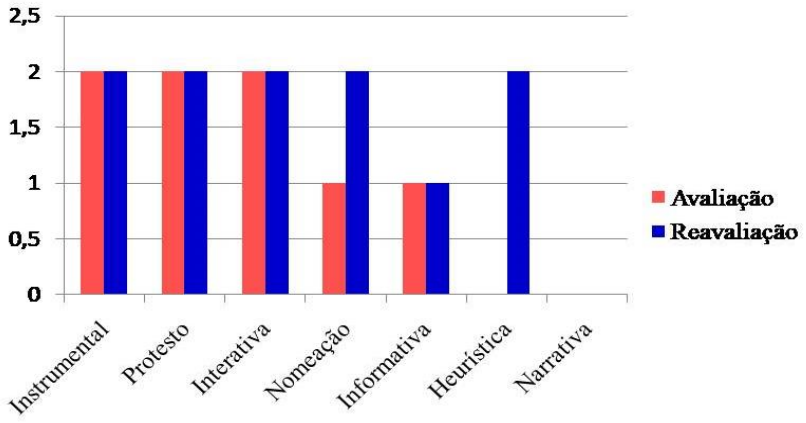


• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Funções comunicativas

Nas funções comunicativas, apresentou melhora na nomeação e na função heurística. Nessa função, a criança fez pergunta e pediu autorização, por exemplo: “Pode pegar?” Não apresentou alteração com relação às funções comunicativas: instrumental (solicitação de objetos), protesto (para), interativa (oi, tchau). Como se pode observar na Figura 15.

Figura 15

Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo– Participante A.



•Habilidades dialógicas ou conversacionais: Meio de comunicação

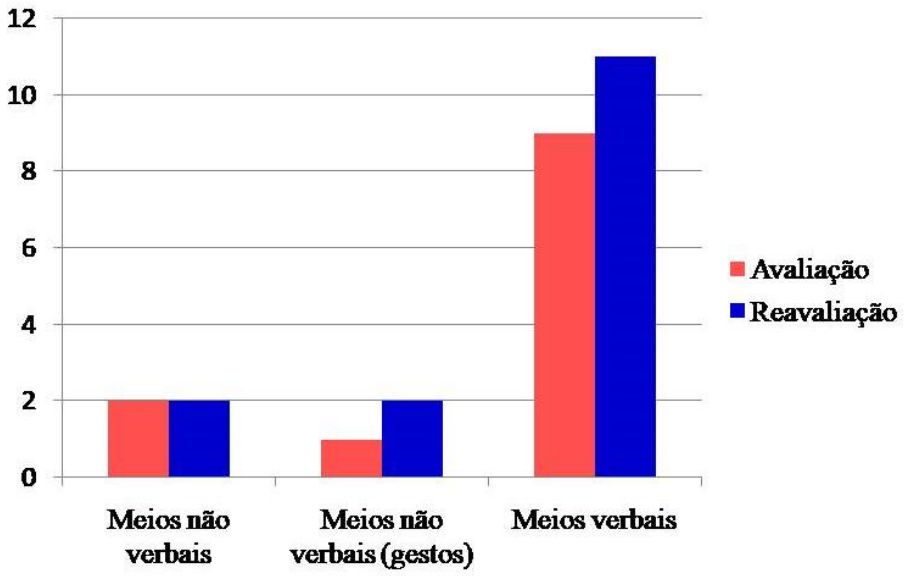
(pegar na mão e levar, puxar, cutucar). Por meios verbais observou-se a maioria dos enunciados com duas palavras, mas também apresentou, menos frequentemente, frases com três ou mais palavras telegráficas ou não (Figura 16).

Na reavaliação apresentou comunicação por meios não verbais (gestos): vocalizações não articuladas e articuladas com entonação da língua, gestos não simbólicos convencionais (apontar, negar com a cabeça, gesto “vem cá”)

Meios verbais: frases com três ou mais palavras telegráficas ou não.

Figura 16

Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante A.



• Habilidades dialógicas ou conversacionais: níveis de contextualização da linguagem

Neste tópico não foi apresentado gráfico, pois, como se pôde observar, a criança utilizou-se da linguagem somente em situação concreta ligado ao contexto imediato.

O escore total para as Habilidades Comunicativas é igual a 70 pontos em crianças com desenvolvimento típico. A criança apresentou escore igual a 35 na avaliação, e, na reavaliação, o escore foi igual a 41. Desta forma observou-se melhora nas Habilidades Dialógicas e Conversacionais.

•Compreensão verbal

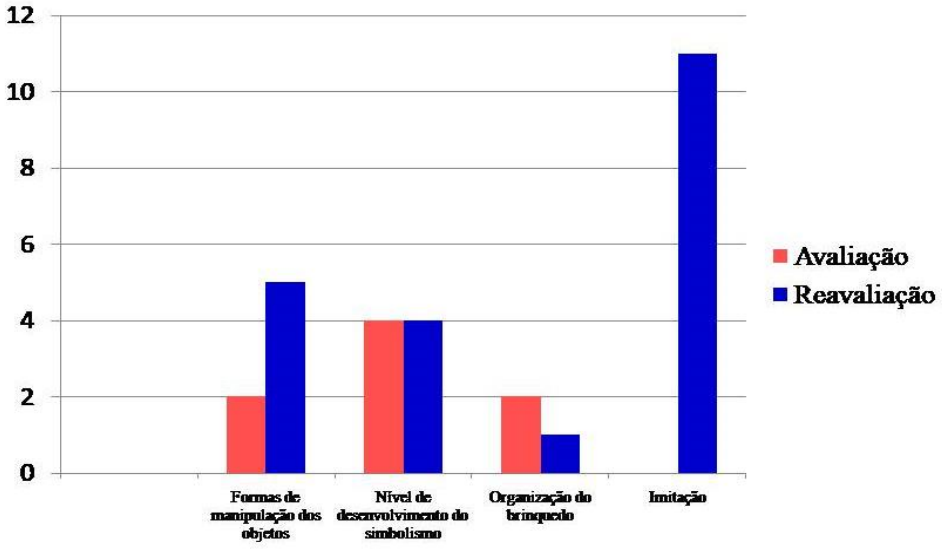
Não foi necessário apresentar gráfico, pois tanto na avaliação quanto na reavaliação observou-se que a criança compreende ordens situacionais com uma ação, não acompanhada de gestos (nem sempre executa). Na Compreensão verbal, a pontuação máxima é de 60 pontos, para crianças com desenvolvimento dentro do esperado para a idade, e a criança teve pontuação igual a 40 pontos na avaliação e reavaliação.

• Aspectos do desenvolvimento cognitivo

Com relação aos Aspectos Cognitivos, os itens avaliados são apresentados conforme a Figura 17.

Figura 17

Resultado dos Aspectos do desenvolvimento cognitivo– Participante A.



Nas formas de manipulação dos objetos: atuou de modo repetitivo sobre dois objetos ou mais ao mesmo tempo, relacionando-os. Na reavaliação, explorou os objetos um a um de modo diversificado.

Nível de desenvolvimento do simbolismo: fez uso convencional dos objetos, às vezes, usou bonecos ou outros parceiros no brinquedo simbólico. Passou a utilizar com mais frequência bonecos ou outros parceiros no brinquedo simbólico.

Na compreensão verbal, mostrou compreender ordens situacionais com uma ação, não acompanhada de gestos (nem sempre executa). Na reavaliação, continuou da mesma forma, isto é, a compreensão de ordens só as executou quando quis.

Nível de organização dos brinquedos: manipulou os objetos sem uma organização deles. Enfileira os objetos (coloca um ao lado do outro, como se fizesse uma fila). Na reavaliação, observou-se que a criança fez pequenos agrupamentos de dois ou três objetos (colocou o ovo dentro da frigideira)

Imitação gestual e sonora: não realizou (Esse aspecto foi avaliado fora da filmagem, pois a criança já estava mostrando sinais de cansaço).

Imitação gestual: não reagiu à solicitação; imitação sonora: imitou palavras e frases simples com duas palavras.

Durante a avaliação apresentou comunicação intencional com funções primárias, restrita participação em atividade dialógica por meios verbais, apresentou produção de enunciados (duas ou mais palavras organizadas no nível da frase), compreendeu ordens com até duas ações ligadas ao contexto imediato (nem sempre executou as ordens). Imitação gestual e sonora: não reagiu às solicitações. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, encontra-se no período sensório-motor – fases avançadas.

Para Mousinho et al. (2008), o desenvolvimento da linguagem como apoio à cognição ocorre a partir dos dois anos. As habilidades cognitivas são memória, atenção e percepção

5.2.4.2 Participante B

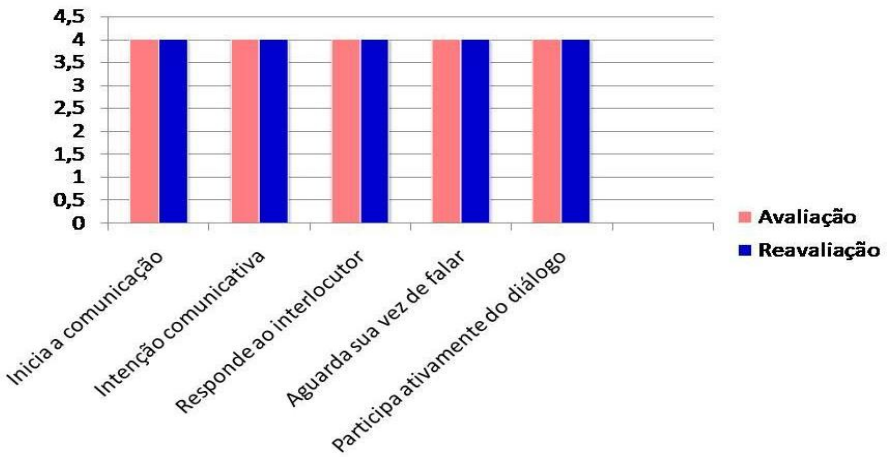
• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Habilidades dialógicas

Neste tópico são avaliadas as Habilidades dialógicas ou conversacionais; as Funções comunicativas; Meios de comunicação e Níveis de contextualização da linguagem.

A criança apresenta desenvolvimento dentro do esperado com relação às habilidades dialógicas ou conversacionais; existe presença de comunicação intencional e participou ativamente da atividade dialógica tanto na avaliação quanto na reavaliação (Figura 18).

Figura 18

Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo– Participante B.



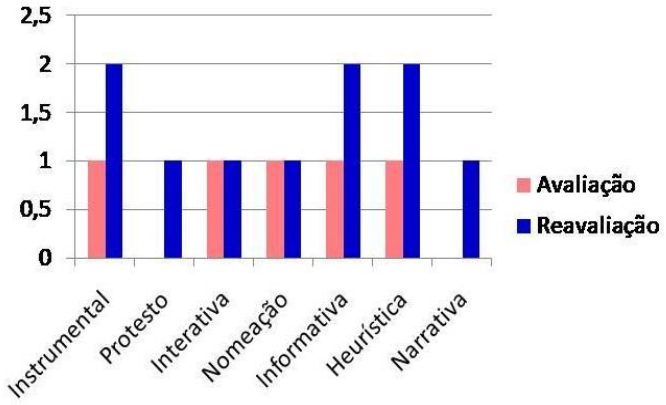
Vale à pena ressaltar que a criança já estava em atendimento em oficina terapêutica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, com a fonoaudióloga há aproximadamente seis meses e há um mês com a Psicóloga.

• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Funções comunicativas

Nas funções comunicativas, a criança apresentou melhora das funções: instrumental (quando solicitou objetos ou ações); protesto: quando a criança interrompeu com fala ou ação uma ação indesejada ("para"). Essa função estava ausente na avaliação e apresentou-se presente raramente na reavaliação. As funções informativa, heurística e narrativa também apresentaram melhora. As funções interativas e de nomeação permaneceram presentes raramente (Figura 19).

Figura 19

Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo– Participante B.

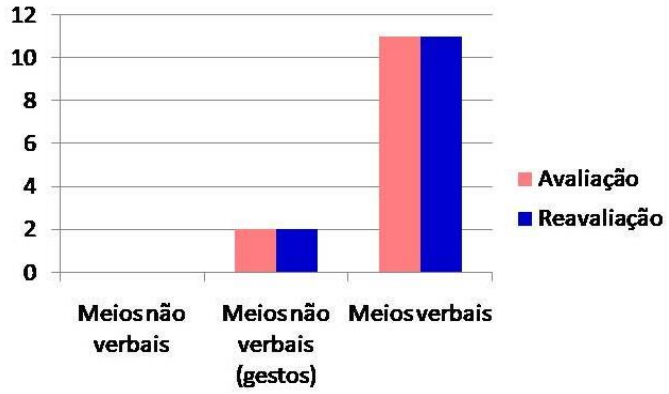


• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Meios de comunicação

Com relação aos meios não verbais (gestos) e verbais de comunicação, a criança não apresentou alteração na avaliação e na reavaliação. Nos meios não verbais (gestos), os resultados apresentados foram gestos não simbólicos convencionais (apontar, negar com a cabeça, gesto "Vem cá"), e nos meios verbais produziu frases com três ou mais palavras telegráficas ou não (Figura 20).

Figura 20

Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante B.



• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Níveis de contextualização da linguagem

Neste tópico não foi apresentado gráfico, pois, como se pôde observar, a criança utilizou-se da linguagem somente em situação concreta ligado ao contexto imediato.

O escore total para as Habilidades Comunicativas é igual a 70 pontos em crianças com desenvolvimento típico, e esta criança apresentou escore igual a 43 na avaliação, e, na reavaliação, o escore foi igual a 48. Desta forma, observou-se uma pequena melhora nas Habilidades Dialógicas e Conversacionais.

• Compreensão verbal

Não foi necessário apresentar gráfico, pois os dados podem ser descritos, tendo a criança apresentado na avaliação resposta assistemática quando chamada e compreendeu ordens situacionais com uma ação acompanhada de gestos. Durante a reavaliação, compreendeu ordens situacionais com uma ação, não acompanhada de gestos.

Na Compreensão verbal, a pontuação máxima é de 60 pontos, para crianças com desenvolvimento dentro do esperado para a idade, e esta criança teve pontuação igual a 40 pontos na avaliação e reavaliação. Apesar da pontuação ser a mesma, pode-se perceber que a criança passou a compreender ordens mesmo quando não eram associadas a gestos, apenas comandos verbais.

• Aspectos do desenvolvimento cognitivo

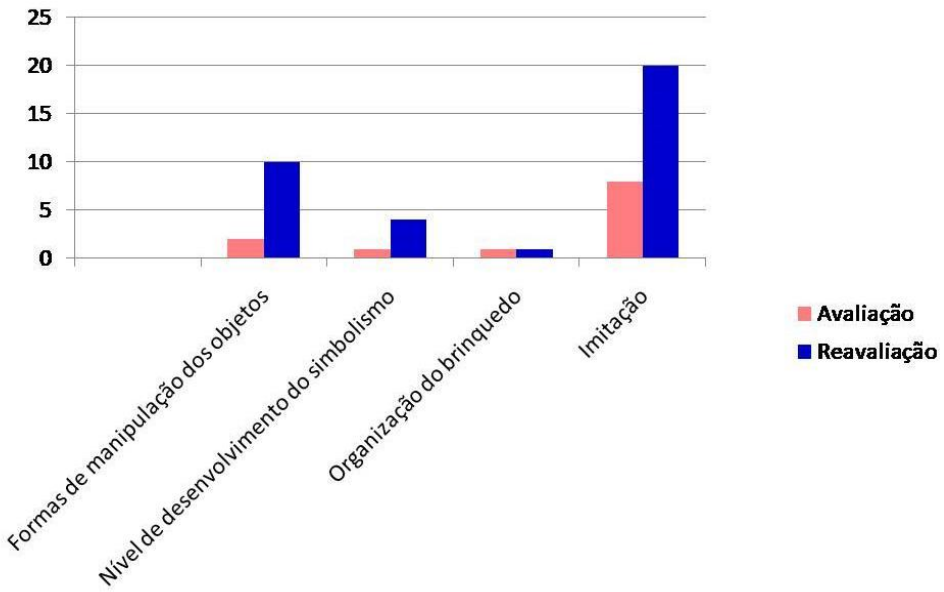
Com relação aos Aspectos Cognitivos, os itens avaliados são apresentados a seguir (Figura 21).

Formas de manipulação dos objetos: persistiu na atividade quando surgiu algum obstáculo, tentando superá-lo. Na reavaliação, atuou, de maneira diversificada, sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo relacionando-os.

Nível de desenvolvimento do simbolismo: fez uso convencional dos objetos. Passou a organizar ações simbólicas em uma sequência.

Figura 21

Resultado dos Aspectos do desenvolvimento cognitivo – Participante B.



Nível de organização dos brinquedos: organizou as miniaturas em pequenos grupos, reproduzindo situações parciais, mas sem uma organização de todo o conjunto. Não houve alteração nesse aspecto na reavaliação.

Durante a avaliação apresentou comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, ligados ao contexto imediato; produção de enunciados (duas ou mais palavras organizadas no nível da frase); compreendeu ordens com até duas ações, ligadas ao contexto imediato. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, encontra-se no período sensório-motor – fases iniciais.

Durante a reavaliação apresentou comunicação intencional, produção de enunciados (duas ou mais palavras organizadas no nível da frase), compreendeu ordens com até duas ações, ligadas ao contexto imediato.

Imitou sons verbais e não verbais. Quanto ao desenvolvimento cognitivo encontra-se no período sensório-motor – fases avançadas.

5.2.4.3 Participante C

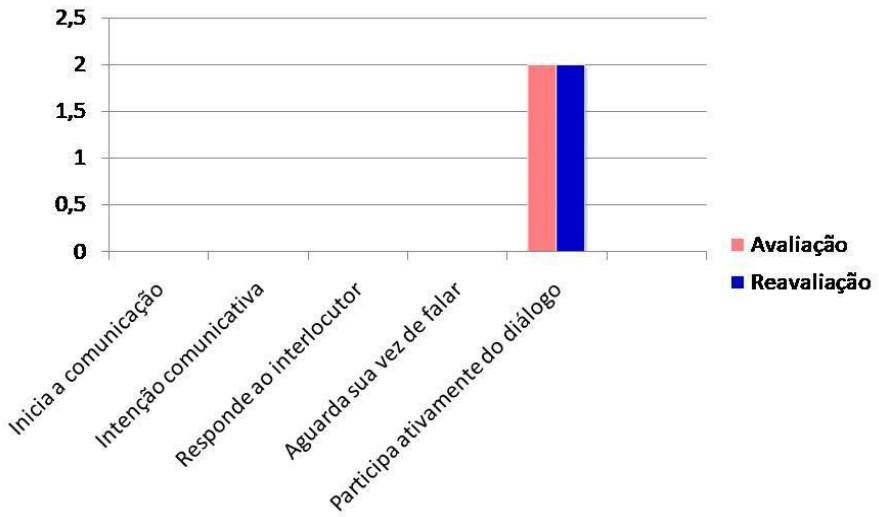
• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Habilidades dialógicas

Nesse tópico são avaliadas as Habilidades dialógicas ou conversacionais; Funções comunicativas; Meios de comunicação e Níveis de contextualização da linguagem.

Nas habilidades dialógicas raramente participou de atividade dialógica, demais funções ausentes. Não apresentou alteração no resultado pré e pós-intervenção (Figura 22).

Figura 22

Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo– Participante C.



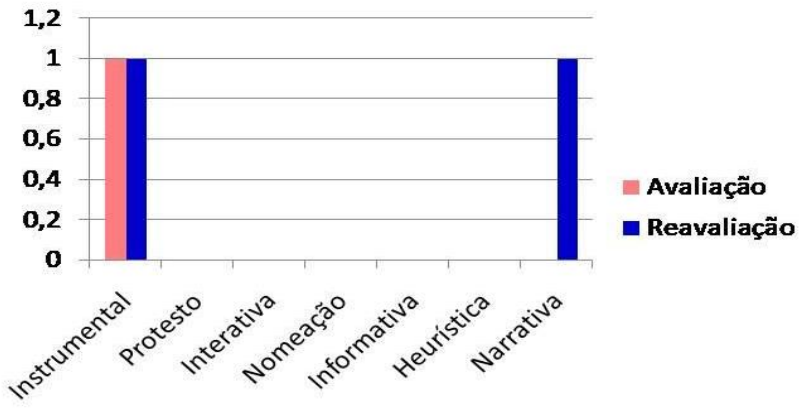
• Habilidades dialógicas ou conversacionais: funções comunicativas

Nas funções comunicativas apresentou melhora na função narrativa. A função instrumental (solicitação de objetos) não apresentou alteração. As funções comunicativas de

nomeação, heurística (Pode pegar?), as funções comunicativas de protesto (para), interativa (oi, tchau) e informativa estavam ausentes antes e depois da intervenção (Figura 23).

Figura 23

Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo – Participante C.

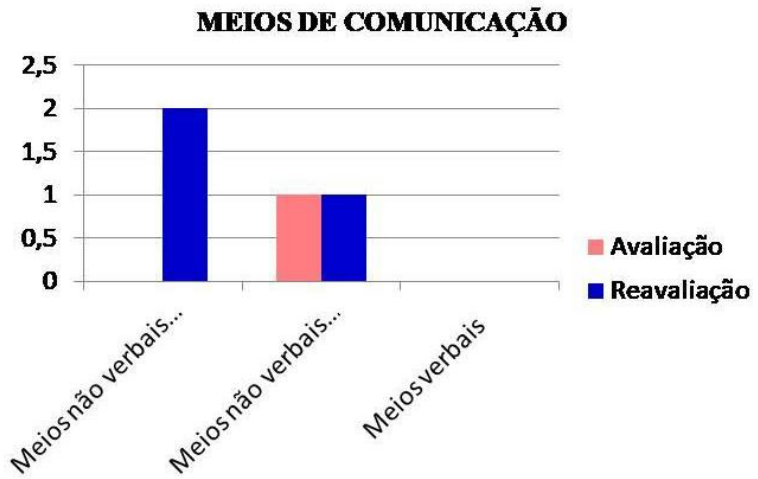


• Habilidades dialógicas ou conversacionais: meios de comunicação

Na avaliação apresentou comunicação por meios não verbais (vocalizações) e ausência de vocalizações, e, na reavaliação, apresentou vocalizações não articuladas e articuladas com entonação da língua (jargão) (Figura 24).

Figura 24

Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante C.



Na comunicação por meios não verbais (gestos): apresentou gestos não simbólicos elementares (pegar na mão e levar, puxar, cutucar), os quais foram observados na avaliação e reavaliação. Por meios verbais não apresentou nem palavras isoladas.

• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Níveis de contextualização da linguagem

Neste tópico não foi apresentado gráfico, pois, como se pôde observar que a criança não apresentou linguagem de forma contextualizada antes da intervenção. A criança utilizou-se da linguagem somente em situação concreta ligado ao contexto imediato pós-intervenção.

O escore total para as Habilidades Comunicativas é igual a 70 pontos em crianças com desenvolvimento típico, e esta criança apresentou escore igual a 5 na avaliação, e, na reavaliação, o escore foi igual a 11. Desta forma, observou-se uma pequena melhora nas Habilidades Dialógicas e Conversacionais.

• Compreensão verbal

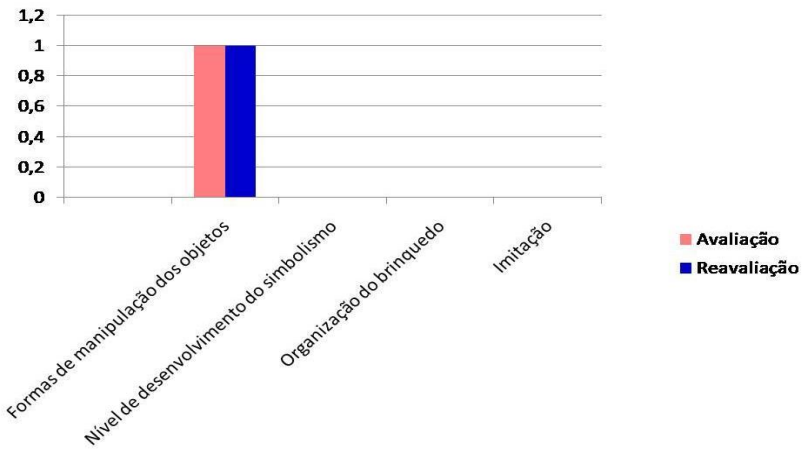
Não foi necessário apresentar gráfico, pois tanto na avaliação quanto na reavaliação observou-se que a criança responde assistematicamente quando chamada, não compreende ordens simples acompanhadas de gesto. Na Compreensão verbal, a pontuação máxima é de 60 pontos, para crianças com desenvolvimento dentro do esperado para a idade, e esta criança obteve 10 pontos na avaliação e reavaliação.

• Aspectos do desenvolvimento cognitivo

Durante a avaliação e reavaliação não apresentou comunicação intencional, nem organização linguística, respondeu assistematicamente a uma solicitação, comentário ou quando chamado. Imitação gestual e sonora: não reagiu às solicitações. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, encontra-se no período sensório-motor – fases iniciais (Figura 25).

Figura 25

Resultado dos Aspectos do desenvolvimento cognitivo – Participante C.



Para Mousinho et al. (2008), o desenvolvimento da linguagem como apoio à cognição ocorre a partir dos dois anos. As habilidades cognitivas são memória, atenção e percepção.

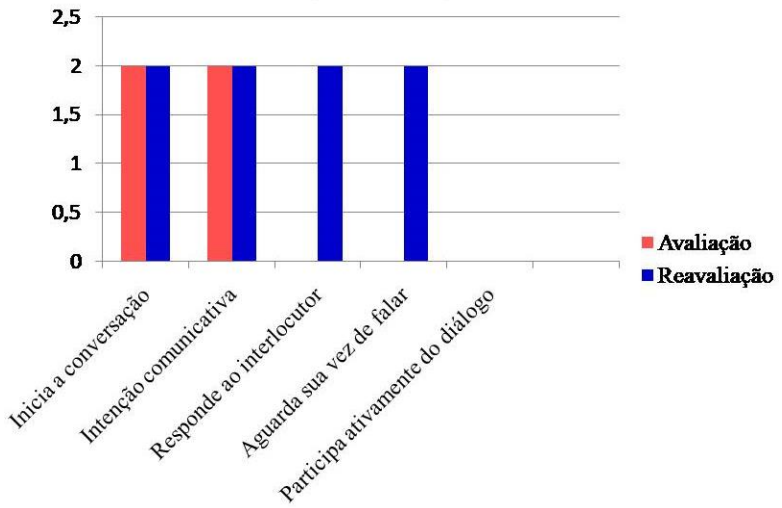
5.2.4.4 Participante D

• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Habilidades dialógicas

Neste tópico são avaliadas as Habilidades dialógicas ou conversacionais; Funções comunicativas; Meios de comunicação e Níveis de contextualização da linguagem (Figura 26).

Figura 26

Comparação entre os resultados encontrados nas Habilidades dialógicas antes e depois da intervenção em grupo – Participante D.



Habilidade dialógica: raramente iniciou a conversação, raras vezes respondeu ao interlocutor, não participou ativamente da atividade dialógica, e, às vezes, aguardou sua vez de falar, raramente apresentou intenção comunicativa. Apresentou evolução das habilidades dialógicas pós-intervenção, e já estava respondendo ao interlocutor, aguardando sua vez de falar. Porém, não participou ativamente do diálogo.

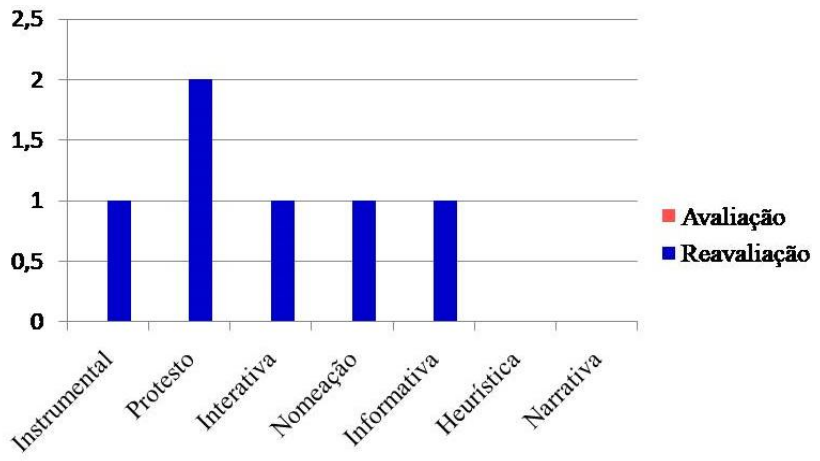
• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Funções comunicativas

Na avaliação pré-intervenção, todas as funções estavam ausentes. Apresentou melhora na maioria das funções na pós-intervenção,

Função de protesto (para) presente frequentemente. Presente raramente: função instrumental (solicitação de objetos), nomeação, interativa (oi, tchau), informativa. Ausente: heurística (Pode pegar?) e narrativa (Figura 27).

Figura 27

Comparação entre os resultados encontrados nas: Funções comunicativas, antes e depois da intervenção em grupo – Participante D.

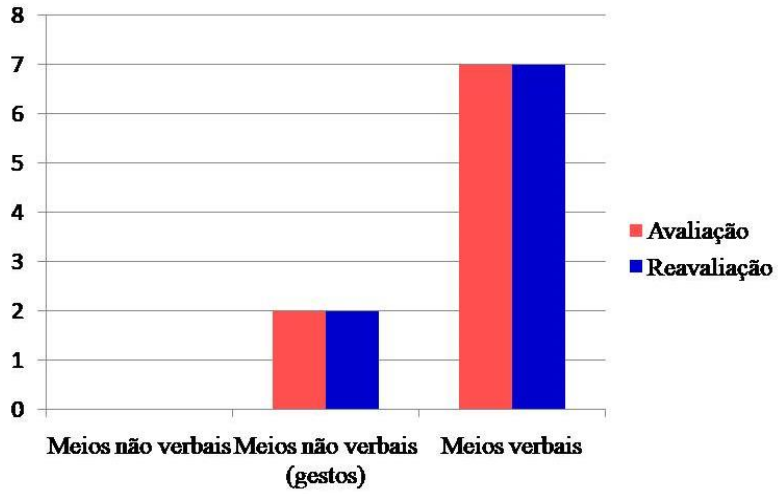


• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Meios de comunicação

Na avaliação apresentou comunicação por meios não verbais (vocalizações) e também ausência de vocalizações; na reavaliação continuou ausente. Na comunicação por meios não verbais (gestos): apresentou gestos não simbólicos convencionais, apontar, negar com a cabeça, gesto ("Vem cá"); meios verbais: palavras isoladas observadas na avaliação e reavaliação (Figura 28).

Figura 28

Comparação entre os resultados encontrados nos: Meios de comunicação, antes e depois da intervenção em grupo – Participante D.



• Habilidades dialógicas ou conversacionais: Níveis de contextualização da linguagem

Neste tópico não foi apresentado gráfico, pois, como se pôde observar que a criança não apresentou linguagem de forma contextualizada antes da intervenção. A criança utilizou-se da linguagem somente em situação concreta ligado ao contexto imediato pós-intervenção.

O escore total para as Habilidades Comunicativas é igual a 70 pontos em crianças com desenvolvimento típico, e esta criança apresentou escore igual a 22 na avaliação, e, na reavaliação, foi igual a 28. Desta forma, observou-se uma pequena melhora nas Habilidades Dialógicas e Conversacionais.

• Compreensão verbal

Tanto na avaliação quanto na reavaliação, o participante respondeu assistematicamente a uma solicitação, um comentário, quando chamado pelo nome. Observou-se que a criança compreendeu ordens situacionais com uma ação, não acompanhadas de gestos.

Na Compreensão verbal, a pontuação máxima é de 60 pontos, para crianças com desenvolvimento dentro do esperado para a idade, e esta criança teve pontuação igual a 10 pontos na avaliação e 40, na reavaliação pós-intervenção.

• Aspectos do desenvolvimento cognitivo

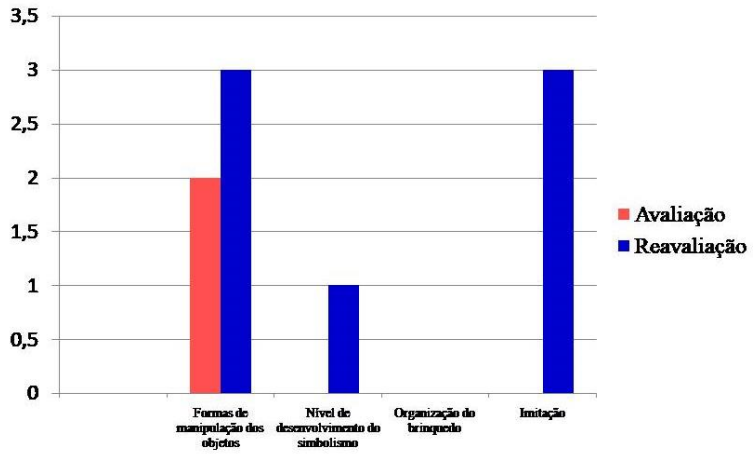
Na avaliação pré-intervenção, o participante explorou os objetos por meio de poucas ações, de modo rápido e superficial. Não apresentou condutas simbólicas, somente sensório-motoras. Manipulou os objetos sem uma organização deles. Imitação gestual e sonora: não reagiu às solicitações. Na avaliação pós-intervenção, explorou os objetos de modo rápido e superficial, atuando de modo repetitivo sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo, relacionando-os. Começou a fazer uso convencional dos objetos. Continuou manipulando os objetos sem uma organização deles.

Imitação gestual: imitou gestos/movimentos não visíveis no próprio corpo, ainda não realizou imitação sonora.

Durante a avaliação, apresentou comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente na participação em atividade dialógica, produção de palavras isoladas, respondeu assistematicamente a uma solicitação, comentário ou quando chamado pelo nome. Imitação gestual e sonora: não reagiu às solicitações. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, encontra-se no período sensório-motor - fases iniciais (Figura 29).

Figura 29

Resultado dos aspectos do desenvolvimento cognitivo – Participante D.



Para Mousinho et al. (2008), o desenvolvimento da linguagem como apoio à cognição ocorre a partir dos dois anos. As habilidades cognitivas são memória, atenção e percepção.

Pós-intervenção apresentou comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica, produção de palavras

isoladas, compreendeu ordens com até duas ações, ligadas ao contexto imediato. Imitação gestual: imitou gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo. Imitação sonora: não reagiu às solicitações. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, encontra-se no período sensório-motor - fases iniciais, em transição para fases mais avançadas.

5.2.5 Descrição narrativa ilustrativa: individual e grupo

De acordo com Bentzen (2021), o olhar da pessoa no ambiente de observação não será igual ao de pessoa "comum" que observa apenas a criança brincando, sem levar em consideração as emoções e outros aspectos. As crianças brincam, mas enquanto observador(a) é preciso enxergar os comportamentos que as crianças apresentam durante as brincadeiras.

As atividades foram elaboradas e pensadas de acordo com a idade e característica das crianças, levando-se em consideração o espaço terapêutico do CAPSij, os materiais de fácil acesso, e ainda foram incluídos alguns materiais de uso pessoal da pesquisadora.

As sessões foram estruturadas levando-se em consideração o *hobby* das crianças; os atendimentos eram encerrados com atividade lúdica. O participante A gostava de brincar de pega-pega, colocar milho e feijão nos potes, massinha, passear com os pais.

O participante B gostava de brincar de carrinho, "hominho", colocar objetos pequenos nos carrinhos, personagem. Já o participante C tinha interesse em brincar de carrinho, de bola, com lego e pega-pega. O participante D tinha interesse apenas em carrinho e lego.

O planejamento das intervenções visava a favorecer a interação social, coordenação motora, comunicação verbal e não verbal, concentração, percepção visual e auditiva, noção espacial, habilidade auditiva, concentração, aguardar seu turno comunicativo, categorização, nomeação, compreensão de ordens e comandos verbais simples, e ainda fortalecer musculatura de lábios, língua e bochecha.

A sala de atendimento, onde foi realizada a maioria das sessões, era composta de duas mesas infantis, seis cadeiras, três armários fechados, uma pia, uma janela grande, sem ar-condicionado, nem ventilador, dois cestos de brinquedos no chão.

Os cestos foram retirados do acesso das crianças para que não interferissem nas atividades propostas. Ao final das atividades propostas era oferecida a caixa lúdica, ou deixava as crianças escolherem alguns brinquedos de seu interesse.

Para acesso à sala de atendimento, as crianças precisavam subir dois lances de escada.

De acordo com Tamanaha, Chiari e Perissinoto (2015), a intervenção fonoaudiológica direta é o atendimento voltado para as habilidades e dificuldades de cada criança, e tem sido

evidenciada como um modo de adaptação social do desempenho das habilidades comunicativas. Quando a intervenção direta é realizada associada à intervenção indireta, quando a orientação é à família, observa-se que a evolução terapêutica ocorre de forma mais rápida e mais abrangente.

Na 1ª sessão (Figura 30), o participante A entrou nesse primeiro atendimento junto com a mãe, sendo realizado na sala de atendimento lúdico, e estava tranquilo. Apresentou tempo de atenção curto, interagiu mais com a mãe do que com a pesquisadora e a profissional do CAPSij.

Figura 30

1ª sessão: Atividade de pintura, com canetinha e lápis - 20/6/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
• Participou bem; • Assustou-se com o barulho da mesa; • Foi ao espaço recreativo e ficou tranquilo; • Pouco comunicativo; • Incomodou-se de ficar com a mão suja.	Falta justificada	Entrou no grupo em 27/6/2022.	Entrou no grupo em 4/7/2022.

Realizou a atividade com o auxílio e participação da mãe. Fez alguns desenhos e pintou. Como a criança se assustou com o barulho na mesa, e apresentou irritabilidade, foi levada ao espaço recreativo, que é um ambiente externo, com grama e árvores. Nesse ambiente, ela apresentou comportamento mais tranquilo.

A criança apresentou-se pouco comunicativa, repetindo apenas palavras do seu uso cotidiano, como: “não quero”, “vamos”, “me ajuda”, sempre direcionados à mãe.

A mãe referiu que em casa a criança pediu para limpar a fralda. O que ela considerou como um progresso significativo.

Na sessão 2, todas as mães entraram no atendimento (Figura 31). O participante A chegou atrasado e ficou o tempo todo no colo da mãe, e, quando a pesquisadora e a profissional do CAPSij tentavam interagir ou chamar para a atividade,ele ficava nervoso.

Figura 31

2ª sessão: Atividade de pintura, com canetinha e lápis e massinha – 27/6/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
• Chegou atrasado; • Ficou o tempo todo no colo da mãe; • A mãe refere que a criança acordou cedo; • Fala da criança "Quero sair", "Abre a porta"; • Não interagiu com terapeutas e com as outras crianças.	• Fez a atividade com massinha; • Mãe permaneceu junto; • Interagiu pouco com os colegas e com as terapeutas; • Pouco comunicativo.	• Fez a atividade com massinha; • Colocou massinha na boca; • Choroso; • Mãe permaneceu junto; • Não apresentou comunicação verbal; • Ficou andando pela sala; • Interagiu pouco com os colegas e com as terapeutas.	• Entrou no grupo em 4/7/2022.

O participante B realizou a atividade proposta, porém com pouca interação e pouco comunicativo. O participante Centrou choroso, mesmo com a presença da mãe. Não se concentrou, interagiu pouco com os colegas, não se comunicou de modo verbal, e colocou a massinha na boca.

Na sessão 3 foi utilizado o material brincar de falar. Nessa brincadeira, a criança tira da caixa as fichas reproduzindo ou imitando os sons, movimentos, apontando as partes do rosto e/ou cantando músicas conhecidas que aparecem nos desenhos (Figura 32).

Figura 32

3ª sessão: Atividade realizada com o material brincar de falar, bolinha de sabão e foi finalizada com uma caixa lúdica - 4/7/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
• A mãe entrou junto; • Chorou durante todo o atendimento; • Permaneceu no colo da mãe; • Dificuldade de adaptação no grupo; • Não apresentou comunicação verbal, não interagiu com os colegas e com as terapeutas.	• Imitou; • Nomeou; • Interagiu pouco com os colegas e com as terapeutas.	• A mãe entrou junto; • Chegou mais tarde porque estava em consulta médica e não participou da atividade brincar de falar; • Não apresentou comunicação verbal; • Interagiu pouco com os colegas e com as terapeutas.	• Interagiu um pouco com os colegas e com as terapeutas; • Participou de todas as atividades propostas; • Não apresentou comunicação verbal.

A atividade realizada com quebra-cabeça e pescaria é visualizada nas Figuras 33, 34 e 35.

Figura 33

4ª sessão: Atividade realizada com quebra-cabeça e pescaria - 11/7/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
• Chorou o tempo todo; • A mãe saiu da sala com a criança; • Iniciou acompanhamento com Neurologista no Centro de Especialidades Infantil.	• Interagiu com os colegas, bem tranquilo.	• Entrou com o irmão; • Interagiu pouco com os colegas; • Não apresentou comunicação verbal; • Jogou o quebra-cabeça no chão; • Dificuldade para sentar e para se concentrar.	• Entrou com o pai; • Interagiu com os colegas; • Pouco comunicativo; • Pouco solícito; • Ficou chamando pelo pai; • Fala "Prô", e mais nada verbal

Figura 34

Atividade de quebra-cabeça.

Figura 35

Atividade de pescaria.

As atividades bolinha de sabão e futebol, pintura com lápis de cor e canetinha, caixa lúdica e histórias para brincar são mostradas nas Figuras 36 e 37, respectivamente.

Figura 36

5ª sessão: Atividade realizada com bolinha de sabão e futebol. O atendimento iniciou-se na sala de terapia e depois na área externa do CAPS - 18/7/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
• Acompanhado o tempo todo da mãe; • No início chorou um pouco, mas depois ficou tranquilo; pegando a bola de futebol para si; • Não sabe dividir; • Não sabe jogar bola; • Chorou sempre que alguém pegava a bola dele; • Falou: "Olha bola", "Aqui".	• Faltou	• Criança tranquila; • Correu atrás da bolinha de sabão; • Ainda não sabe assoprar as bolinhas; • Interagiu bem com os adultos; • Participou bem da atividade; • Não apresentou comunicação verbal; • Pegou o brinquedo dos colegas sem pedir; • Explorou o ambiente novo sem problemas.	• Criança tranquila; • Correu atrás da bolinha de sabão; • Ainda não sabe assoprar as bolinhas; • Interagiu bem com os adultos; • Participou bem da atividade; • Falou: "Prô", "Olha, Prô"; • Continuou pouco comunicativo.

Figura 37

6ª sessão: Atividade de pintura com lápis de cor e canetinha, caixa lúdica e histórias para brincar (da empresa: materiais para brincar) - 25/7/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
• Mãe entrou junto; • Chorou durante todo o atendimento; • Mãe referiu que o filho está brincando mais na igreja com outras crianças; • Aceitou ir embora quando acabou; • Comeu 4 colheres de arroz e feijão;	• Falta justificada. • Mãe foi assaltada.	• Jogou os objetos no chão; • Pintou a própria mão; • Subiu na mesa; • Não obedeceu a comandos simples; • Entrou sozinho; • Iniciou atendimento fisioterapêutico no Cotolengo.	• Participou bem da atividade; • Interagiu com as terapeutas, falando "Me dá"; • Não pintou dentro do espaço do desenho; • Ficou nervoso quando os brinquedos foram guardados; • Escondeu-se embaixo da mesa.

A mãe do participante A refere que a criança está brincando mais na igreja, interagindo com outras crianças, aceitando ir embora após os combinados; e comeu 4 colheres de arroz e feijão.

Já o participante C, de acordo com a mãe, está obedecendo a comandos simples em casa, e ainda continua agitado em casa. A mãe já observou melhora no comportamento. Ficou

mais concentrado, embora o tempo de atenção ainda seja curto, com dificuldade em realizar a atividade.

Assim como a mãe do participante D, está interagindo mais com os irmãos e na escola. Criança interagiu, apresentando mais comunicação não verbal.

As Figuras 38 e 39 apresentam atividade de pintura e histórias para brincar, respectivamente.

Figura 38

Atividade de pintura.

Figura 39

Atividade histórias para brincar.

A sétima sessão é apresentada na Figura 40.

Figura 40

7ª sessão: caixa sensorial de areia com miniaturas e quebra-cabeça com 2 peças - 1º/8/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
Mãe foi orientada pelo médico a dar um tempo dos atendimentos em grupo, pois ela relatou em consulta que a criança não estava evoluindo e só chorava.	Faltou.	• Primeira vez que participou bem da atividade; • Apresentou dificuldade para trocar a atividade; • Entrou sozinho; • Passou por consulta com médica neurologista Maria Eulina dia 29/7/2022 no Cotolengo.	• Brincou junto com o colega; • Dividiu um pouco melhor os brinquedos com o colega; • Compreendeu melhor quando a atividade terminou; • Ficou mais tempo concentrado, atento.

O participante A passou por consulta médica e a mãe relatou que a criança só chorava nos atendimentos. Desta forma, o médico orientou a não frequentar mais o grupo. Foi respeitada a decisão da mãe e do médico, embora tenha sido observado que a mãe ouvia as orientações e as executava em casa, sendo possível observar melhora do comportamento da criança fora do espaço terapêutico.

As mães dos participantes C e D referem que as crianças estão mais concentradas e obedecendo a comandos simples, interagindo um pouco melhor em casa.

As Figuras 41 e 42 mostram as atividades com caixa sensorial.

Figuras 41

Atividades com caixa sensorial.

Figuras 42

Atividades com caixa sensorial.

As Figuras 43 e 44 apresentam as atividades lúdicas.

Figura 43

8ª sessão: Atividade lúdica livre - 8/8/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
Desistiu.	Não compareceu.	Não compareceu.	• Tranquilo, interagiu bem; • Pouco comunicativo.

Figura 44

Atividade lúdica.

A mãe refere que a criança está brincando melhor, em casa se comunica um pouco mais, tendo utilizado algumas palavras novas. Também referiu alguns problemas em casa com o irmão mais velho.

A Figura 45 mostra as atividades da nona sessão.

Figura 45

9ª sessão: Atividade com livros, separados por categorias semânticas e atividade lúdica - 15/8/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
Não compareceu.	Não compareceu.	Não compareceu.	• Continuou com o "Prô", "Olha", "Ó", "TI", "Cachorro", "Pai", "Carro"; • Repetiu bastante as palavras; • Criança tranquila.

A mãe refere que a criança está interagindo melhor em casa e na escola, aumento do vocabulário, ainda que a fala espontânea não seja inteligível para as pessoas fora do convívio familiar.

A atividade com livros, separados por categorias semânticas e atividade lúdica é apresentada nas Figuras 46, 47 e 48.

Figura 46

Atividade com livros: letras.

Figura 47

Atividade com livros: letras.

Figuras 48

Atividade com livros: opostos.

A Figura 49 apresenta a atividade realizada na 10ª sessão.

Figura 49

10ª sessão - Atividade cada coisa em seu lugar – 22/8/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
Não compareceu	Não compareceu	Não compareceu	• Respondeu quando chamado pelo nome; • Dificuldade para reconhecer os animais e categorizar; • Fala espontânea pouco inteligível; • Não conseguiu realizar as partes da casa; • Falou com frequência “Prô”; • Nomeou algumas figuras, mas repetiu bastante os nomes.

A família seguiu as orientações em casa, o que favoreceu a estimulação e evolução da interação, a fala espontânea e repetição.

A Figura 50 apresenta a atividade cada coisa em seu lugar.

Figura 50

Atividade cada coisa em seu lugar.

A Figura 51 apresenta a atividade da 11ª sessão.

Tabela 51

11ª sessão: atividade com fruta crec-crec e massinha de modelar - 29/8/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
Não compareceu.	Não compareceu.	Não compareceu.	• Falou apenas "Prô"; • Repetiu o que é falado.

A criança apresentou uma brincadeira simbólica nesta atividade (Figuras 52 e 53).

Figura 52

Atividade crec-crec.

Figura 53

Atividade com massinha de modelar.

As atividades de encerramento, apesar de as crianças estarem pouco comunicativas, interagiram bem na atividade, não tiveram problemas com relação ao lanche, mas no momento em que estavam comendo não quiseram conversar, nem interagir. O participante D se escondeu atrás do pai.

Os pais relataram neste último atendimento a importância do grupo e das orientações. Foram orientados sobre a continuidade do tratamento no CAPSij, com a profissional designada pela gerente.

As Figuras 54, 55 e 56 mostram as atividades da 12ª sessão.

Tamanaha, Chiari e Perissinoto (2015) afirmam que é importante acolher e escutar as dúvidas dos pais, orientando-os com conhecimento preciso sobre o desenvolvimento da linguagem da criança, transformando os pais em agentes nesse processo, pois têm papel importante na intervenção fonoaudiológica da criança.

O processo de intervenção fonoaudiológica direta associada e indireta propicia um padrão de evolução às crianças com autismo.

Figura 54

12ª sessão: Atividade de encerramento: lúdica e lanche coletivo - 5/9/2022.

Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
Não compareceu, porque iniciou nesta data na escola, e mãe justificou.	Não compareceu.	• Pouco comunicativo; • Comeu bem; • Interagiu bem com o colega e com os profissionais.	• Pouco comunicativo, comeu bem; • Interagiu bem com o colega e com os profissionais.

Figura 55

Atividade lúdica.

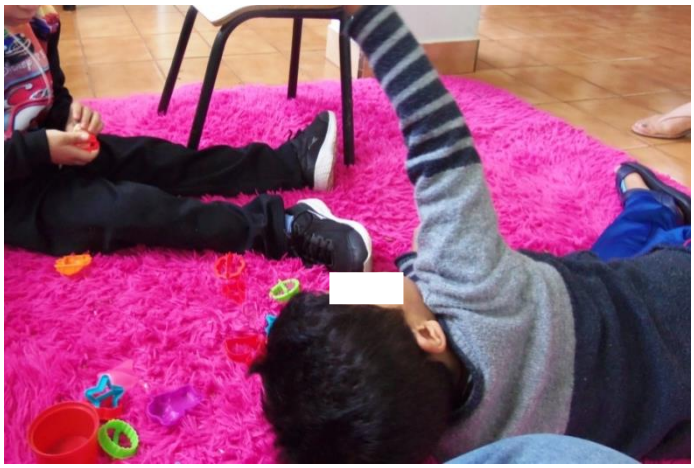
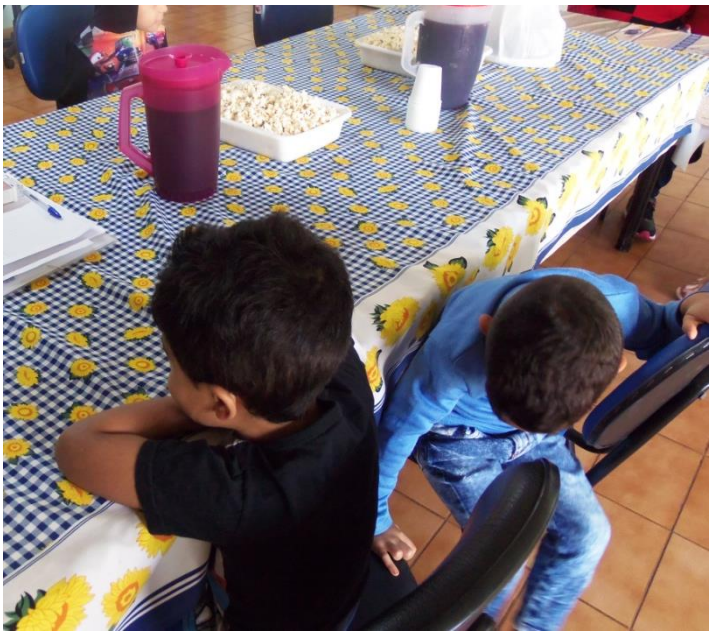


Figura 56

Lanche de encerramento.



Por ser fonoaudióloga, esta pesquisadora atuou no CAPSij entre os anos de 2014 e 2021, tendo encaminhado este projeto de pesquisa para o mestrado, e, por motivos particulares, solicitei minha saída dessa unidade de saúde. Mas me sinto grata por conseguir realizar o sonho de mostrar, por meio de estudo e instrumento, que a minha atuação no CAPSij era baseada em conhecimento científico.

Pereira (2007) afirma que a CARS torna fácil a identificação e a classificação do TEA, por ser um instrumento claro, uma vez que ela revela informações sobre o comportamento e o nível de comprometimento da criança. Neste estudo, a CARS mostrou-se um instrumento sensível às mudanças do sujeito observadas pela mãe, mesmo em intervenções realizadas por um curto período, visto que foram apenas cinco atendimentos.

As modificações de comportamento observadas por um instrumento como a CARS revelam o potencial do brincar na clínica para crianças com TEA. Evidencia-se, portanto, o quanto essa atividade está atrelada ao comportamento social necessário para as habilidades exigidas em seu cotidiano.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo realizado pela autora, foi possível observar que as orientações realizadas às mães sobre os aspectos comunicativos e de linguagem foram atingidas. Todos os participantes do estudo apresentaram melhora em pelo menos um dos aspectos avaliados. Sugere-se, no entanto, que seja realizado um estudo em condições mais controladas, ou seja, que os cuidadores sejam orientados em grupos homogêneos, concomitantes com o horário de terapia fonoaudiológica.

Foi possível realizar avaliações com os materiais que já são disponibilizados na própria unidade de atendimento, de modo a propiciar benefícios em longo prazo para que as pessoas autistas possam ter qualidade de vida, e serem funcionais no seu dia a dia, e estarem inseridos em todo o território.

Outro benefício da pesquisa foi o de oportunizar aos pais e/ou responsáveis legais a possibilidade de orientação individual ou em grupo familiar após os atendimentos, com relação à estimulação em casa, como lidar com os comportamentos disruptivos, entre outros assuntos que sejam de interesse da família.

A pesquisa foi realizada com crianças de 24 a 56 meses, idade em que se pode considerar como intervenção precoce, o que pode minimizar o agravamento dos sintomas do transtorno do espectro autista, principalmente com relação às habilidades sociais, além de favorecer a qualidade de vida.

Todos os participantes foram avaliados e foi realizada uma análise individual de suas habilidades de interação social, habilidades cognitivas e linguagem; utilizando-se os instrumentos: CARS e IDADI aos pais; e PROC e ADL 2 às crianças.

Observaram-se mudanças nos aspectos de reciprocidade social, interação e comunicação social verbal e não verbal, por meio da aplicação do PROC e o ADL 2, pré e pós-intervenção em grupo, realizada no CAPSij.

O impacto dessa interação nas relações interpessoais e a gravidade das habilidades de interação social, cognitiva e linguagem das crianças podem causar desde dificuldade para iniciar interação social até déficits graves nas habilidades de comunicação social.

Elas podem ser limitadoras da interação social proporcionando pouca resposta quando a iniciativa da interação social e os aspectos comunicativos partem do outro, além do impacto da intervenção em grupo na qualidade das interações sociais da criança, nos ambientes familiar e escolar, assim como na qualidade de vida da criança e da família.

A partir da melhora das crianças, os recursos utilizados durante a pesquisa poderão ser utilizados como recursos para o CAPSij, pois o atendimento às crianças com transtorno do espectro autista faz parte das Políticas Públicas.

A pesquisadora observou que a CARS sozinha não se mostrou uma escala fidedigna para fins de diagnóstico, tendo em vista que as perguntas do IDADI são mais claras e explicadas de forma mais acessível, mas com o olhar clínico do profissional é possível auxiliar no processo diagnóstico e na intervenção.

É importante deixar claro que nenhum instrumento de avaliação substitui o olhar "bem treinado" e a experiência clínica do profissional. Os achados do PROC foram compatíveis com os dados do ADL 2 e foram confirmados por meio da aplicação do IDADI. Mais importante do que o instrumento é a qualificação do profissional.

Tendo em vista que os atendimentos realizados no Centro de Atenção Psicossocial são realizados pelo SUS, e tanto o IDADI quanto o ADL 2 têm custo um pouco mais elevado do que o investimento para se montarem duas caixas de brinquedos simbólicos para avaliação da linguagem expressiva e receptiva, habilidades cognitivas e aspectos interacionais por meio do Protocolo de Observação Comportamental.

Sugere-se que este instrumento de avaliação seja utilizado com todas as crianças, pois os resultados do PROC e o do ADL 2 se mostraram compatíveis. Os dois instrumentos podem ser utilizados, pois são de grande auxílio na elaboração de Projetos Terapêuticos Individualizados.

Foi possível observar melhora das interações sociais, habilidades cognitivas e linguagem, no ambiente familiar, escolar e no próprio ambiente terapêutico por meio do processo de intervenção, de modo que as habilidades estimuladas e adquiridas não irão perder após a intervenção.

Ao finalizar esta pesquisa, pode-se afirmar que os objetivos propostos, geral e específicos, foram atingidos de forma satisfatória. No que se refere à questão que orientou esta investigação –a intervenção em grupo poderia favorecer a melhora das habilidades de interação social, habilidades cognitivas e linguagem das crianças atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, foi possível observar que esse tipo de intervenção foi benéfico para todos os participantes do grupo.

Ao se propor intervenção fonoaudiológica em grupo associada à orientação dos pais ou responsáveis, teve como objetivo valorizar o olhar atento do fonoaudiólogo sobre as dificuldades comunicativas, cognitivas e de interação da criança, além de favorecer o planejamento terapêutico (PTS), propiciando a participação dos pais ou responsáveis legais no

desenvolvimento das habilidades de sua criança. Com isso é possível observar evolução na maioria dos aspectos, em todas as crianças participantes do grupo. O trabalho com o grupo é uma estratégia de desinstitucionalização do serviço, de modo a pensar o autismo e a pessoa com autismo.

O que me marcou durante a realização desta pesquisa foi o desenvolvimento das crianças em um curto período de intervenção. A motivação para continuar é mostrar que através de Políticas Públicas adequadas pode-se ofertar um serviço de qualidade as crianças com TEA, que devido à luta antimanicomial podem realizar os atendimentos em liberdade, no território e inseridas em suas famílias e na sociedade.

O mais importante é que seja realizado a verdadeira inclusão destas crianças, de modo que elas sejam tratadas com sujeitos, e como Amarante (1995) referiu respeitando a existência dessas crianças, independente do diagnóstico do transtorno.

REFERÊNCIAS

Almeida, B. P. B. de. (2010). *Fonoaudiologia e saúde mental: Experiência em equipe multiprofissional com portadores de transtornos mentais institucionalizados*. (Dissertação de mestrado), São Paulo, Pontifícia Universidade Católica. Disponível em https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/12258/1/Beatriz%20Paiva%20Bueno%20de%20Almeida.pdf

Alvarez. A. & Rio, P. D. (1996). Educação e desenvolvimento: a teoria de Vygotsky e a zona de desenvolvimento proximal. In C. Coll; A. Marchesi, J. Palacios, (A. M. Alves Trad.). *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Psicologia da Educação Escolar* (v. 2). Artmed.

Amarante, P. (1995). New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. *Cad. Saúde Públ*., 11(3), 491-494. Retrieves from https://www.scielo.br/j/csp/a/5rhqg9GH3jhjMCkjJ7BPKGK/?format=pdf&lang=pt

Amarante, P. (2014, 8 dez.). Amarante: "É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação" [Entrevista concedia a Bruno Dominguez]. *Revista Radis*. Disponível em https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao

American Psychiatric Association – APA (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Barbosa, C. L., Lykouropoulos, C. B, Mendes, V. L. F. & Souza, L. A. P. (2020). Escuta clínica, equipe de saúde mental e fonoaudiologia: experiência em centro de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSij). *CoDAS*, 32(6). Disponível em https://www.scielo.br/j/codas/a/fCCXHNmdPzqDpv8mFmscdbr/?lang=pt&format=pdf

Betnzen, W. R. (2021). *Guia para observação e registro do comportamento infantil*. (I.I. Elizabete V. F., Trad.) tasks. Cengage Learnin.

Bosa, C. A. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 28(2), 47-53.

Braga, I. S., & Rossi, T. M. F. (2012). Desenvolvimento da criança com o espectro de autismo na abordagem histórico-cultural de Vygostsky. *Educação: Saberes e Práticas*, 1(1), 32-52. Disponível em http://revistas.icesp.br/index.php/SaberesPratica/issue/view/37

Brasil, E. G. M., Jorge, M. S. B., & Costa, E. C. (2009). Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), 333-338. Disponível em http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6504/3859

Brasil. (2001). Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil. (2002). *Portaria nº 336, 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Brasil. (2004). *Saúde mental no SUS*: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF:Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/ livros/pdf/05_0379_M.pdf. 2005

Brasil. (2007). *Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

Brasil. (2011). *Portaria nº 3.088*. Brasília, DF:Ministério da Saúde.Disponível emhttps://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. (2012a). *Portaria nº 854*. 22 de agosto de 2012. Brasília, DF:Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html

Brasil. (2012b). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.* Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

Brasil. (2014). Diretrizes de atenção à reabilitação de pessoas com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2015). *Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2016).*Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Brasil. (2020). *Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras. Disponível em http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6504/3859

Cavicchia, D. C. (2010). *O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida*. UNESP. Disponível em http://acervodigital.unesp.br/handle/123456789/224

Centers for Disease Controland Prevention (CDC). (2014). *Data and statistics, autism spectrum disorders*.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID–10 (1993): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. (1993). Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). (2015). *Contribuição para o avanço do SUS.* Disponível em https://www.fonoaudiologia.org.br/comunicacao/cartilha-sus-contribuicao-da-fonoaudiologia-para-o-avanco-do-sus/

Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região (CREFONO 2). (2022). *Parecer do Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região*. Dispõe sobre a atuação do

fonoaudiólogo em Saúde Mental. Disponível em https://www.fonosp.org.br/images/Pareceres_CRFa/parecer_SM.pdf

Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-398. Disponível em http://www.scielo. br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4

Cumim, J. e Mäde, B. J. (2020). Espaço que a criança e adolescente com diagnóstico de transtorno do espectro autista ocupa na rede de atenção psicossocial: revisão integrativa da literatura. P sic. *Rev. São Paulo*, 29(2), 404-421.

Defesen-Netrval, D. A., & Fernandes, F. D. M. (2016). A oferta da terapia fonoaudiológica em locais de assistência a indivíduos com Transtornos do Espectro do Autista (TEA). *Communication Disorders, Audiologyand Swallowing*, São Paulo, 28(4), 459-462. Disponível em https://www.scielo.br/j/codas/a/Fxszync4qCG8DRNyWFYcYXb/?format=pdf&lang=pt

Fernandes, F. D. M., Amato, C. A. de La H., Balestro, J. I., &Molini-Avejonas, D. R. (2011). Orientação às mães de crianças do espectro autístico a respeito da comunicação e linguagem. *J Soc Bras Fonoaudiol*., 23(1), 1-7. Disponível em https://www.scielo.br/j/jsbf/a/kt4y6B3WJS73WqYmd9kQHkB/?format=pdf&lang=pt.

Fonseca, V. (2014). Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, São Paulo, 31(96), 236-253. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000300002

Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de pediatria*, 80(2), 83-94. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0021-75572004000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Guimarães, P. R. B. *Métodos quantitativos estatísticos.*Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2007.

Hage, S. R. V., Pereira, T. C., & Zorzi, J. L. (2012) Protocolo de Observação Comportamental – PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. *Revista CEFAC*, 14(4), 677-690. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462012000400011&script=sci_arttext

Jung, C. F. (2003). *Metodologia científica: ênfase em pesquisa tecnológica*. Taquara. Disponível em http://www.jung.pro.br

Junqueira, A. M. G., & Carniel, I. C. (2012). Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. *Rev SPAGESP* [online]. 13(2), 12-22. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v13n2/v13n2a03.pdf

Kupfer, M. C. (1999). Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos Clínicos*, 4 (7), 96-107. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010

Lima, L. O. (1980). *Piaget para iniciantes*. Summus editorial.

Menezes, M. L. (2021). *ADL 2: avaliação do desenvolvimento da linguagem*. Booktoy.

Mielke, F. B., Kantorsk,L. P., Jardim, V. M. da R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.

Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), 159-164. Disponível em https://www.scielo.br/j/csc/a/VxRQnvzxrsGVDpbgPmHCQqm/?format=pdf&lang=pt

Miranda, J. R., Silva, M. A., De Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). Evidências de validade de critério do Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil para rastreio do Transtorno do Espectro do Autismo. *Neuropsicología Latinoamericana*, 12(3). Disponível em https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/541

Mousinho, R., Schimid, E., Pereira, J., Lyra, L., Mendes, L., & Nóbrega, V. (2008). Aquisição e desenvolvimento da linguagem: Dificuldades que podem surgir neste percurso. *Psicopedagogia*, 25(78), 297-306. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-4862008000300012

Panhoca, I., & Leite, A. P. D. (2003). A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico – identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. *Distúrbios da Comunicação*, 5(2), 289-308. Disponível em https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11351/22656

Pereira, A. M. (2007). *Autismo infantil: tradução e validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil.* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12936/000634977.pdf

Pereira, A. M., Riesgo, R. S., & Wagner, M. B. (2008). Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *Jornal de pediatria*, São Paulo, 84(6,), 487-494. Disponível em https://www.scielo.br/j/jped/a/fjwPdpCm 7L36K8hgsdQfsDf/?lang=pt

Pereira, A. S., & Keske-Soares, M. (2010). Patologia de linguagem e escuta fonoaudiológica permeada pela psicanálise. *Rev Diversidade na Psicologia: entre a prática e o saber*. 41(4), 517-24. Disponível em https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4496

Pietrobon, C. (2011). *Fonoaudiologia no autismo*. Disponível em http://enfrentandooautismo.blogspot.com.br/2011/06/fono-no-autismo.html

PMCG/Agência Municipal de Notícias de Campo Grande (2017). Prefeitura Inaugura 1º CAPS Infanto-Juvenil 24 horas do Centro Oeste. Disponível em https://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/prefeitura-inaugura-1o-caps-infanto-juvenil-24-h-do-centro-oeste-terceiro-do-pais/#:~:text=O%20CAPS%20IJ%20Guanandi%20tamb%C3%A9m,faz%20parte%20do%20projeto%20Culturalmente

São Paulo. (2013). *Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com transtorno do espectro autista*. São Paulo: SEDPcD. Disponível em https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//protocolo_tea_sp_2014.pdf

São Paulo. (2022). *Linha de cuidado da pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA.*Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec.

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

Silva, O. H. F. (2016). *Termo de assentimento livre e esclarecido na pesquisa com crianças da Educação Infantil*. In NEPEI - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Infância e Educação Infantil. Disponível em https://nepei.fae.ufmg.br/termo-de-assentimento-livre-e-esclarecido-na-pesquisa-com-criancas-da-educacao-infantil/

Souza, A. P. B. (2010). *Evolução do grafismo na educação infantil*. (Especialização em Psicopedagogia). (Universidade Candido Mendes). Disponível em http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k216793.pdf

Szymanski, H., & Cury, V. E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e a prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 355-364. Disponível em https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200018

Tamanaha, A. C., & Perissinoto, J. (2017). Linguagem compreensiva, expressiva e pragmática no Transtorno do Espectro do Autismo. In C. A. Bosa & M. C. T. V. Teixeira (Orgs.). *Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica*. (v. 1, Cap. 6, pp. 105-118). Hogrefe.

Tamanaha, A. C., Chiari, B. M. & Perissinoto, J. (2015). A eficácia da intervenção terapêutica fonoaudiológica nos distúrbios do espectro do autismo. *Rev. CEFAC.* 17(2), 552-558. Disponível em https://www.scielo.br/j/rcefac/a/HrBtwzSXtdq9hM8v7CbPBkd/?lang=pt

Tamanaha, A. C., Perissinoto, J., & Chiari, B. M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 13(3), 296-299. Disponível em https://www.scielo.br/j/rsbf/a/4R3nNtz8j9R9kgRLnb5JNrv/?format=pdf&lang=pt

Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamento e Linguagem.* Edição Ridendo Castigat Mores, São Paulo: Martins Fontes. Edição eletrônica: Ed RidendoCastigat Mores (www.jahr.org). Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4202719/mod_resource/content/1/pensamentolinguagem.pdf

Zanella, L. C. H. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Universidade Federal de Santa Catarina.

Zorzi, J. L. (1993). *Aquisição da linguagem infantil: Desenvolvimento – alterações – terapia*. Pandcast.

Zorzi, J. L. (1997). Distúrbios de linguagem em crianças pequenas – Considerações sobre o desenvolvimento, avaliação e terapia. In O. C. Lopes Filho (Org.). *Tratado de fonoaudiologia* (877-905). Roca.

Zorzi, J. L. (2020). Desenvolvimento e alterações da linguagem infantil. PROC – Protocolo de Observação Comportamental. In *Curso Avaliação da linguagem infantil*. Alcance Meeting (mimeo).

Zorzi, J. L.& Hage, S. R. V. (2004). *PROC - Protocolo de observação comportamental: Avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis*. Pulso.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Destinado aos Responsáveis Legais (TCLE)[3]

1. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: O desenvolvimento da cognição, da socialização e da linguagem por meio da intervenção em grupo com crianças com Transtorno do Espectro Autista

2. PESQUISADOR (A):

Nome completo: Angela Maria Areias Florencio

Telefones de contato: (67) 2020-2086 e-mail: angela_fono@yahoo.com.br

Endereço institucional: Av. Tamandaré nº 6000 Cidade: Campo Grande-MS

IES à qual se vincula: Universidade Católica Dom Bosco.

3. ORIENTADOR (A):

Nome completo: Heloisa Bruna Grubits

Telefones de contato: 3321-3300 e-mail: rf5465@ucdb.br

Endereço institucional: Av. Tamandaré nº 6000 Cidade: Campo Grande-MS

IES à qual se vincula: Universidade Católica Dom Bosco.

4. INFORMAÇÕES SOBRE O CEP:

O CEP é a instância na qual o participante da pesquisa pode receber informações em relação aos procedimentos aos quais foi submetido durante a pesquisa, quando por estes se sentir lesado.

Nome: CEP UCDB - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco

Endereço: Av. Tamandaré, 6000, Jardim Seminário – CEP: 79117-900 – Campo Grande-MS

Telefone: (67) 3312-3478

Email: cep@ucdb.br

[3]O modelo do TCLE é de responsabilidade do pesquisador, e seu conteúdo deve responder a dois critérios fundamentais: assegurar ao pesquisador a autonomia para publicação dos resultados alcançados pela pesquisa e assegurar aos sujeitos que serão submetidos à pesquisa o direito de se manifestar e apoiar, ou não, o que estiver sendo apresentado na posposta.

5. OBJETIVOS DA PESQUISA:

Verificar possíveis benefícios das interações sociais, da cognição e da linguagem, na intervenção em grupo de crianças com transtorno do espectro autista, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.

6. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

A temática do trabalho se concentra na intervenção em grupo com crianças com diagnóstico de TEA. Sendo assim busca-se contribuir com a sociedade em geral, promovendo atendimento terapêutico em grupo, onde a proposta é verificar se há mudança quanto ao desenvolvimento da interação social, das habilidades cognitivas e da linguagem das crianças com seus pares.

7. DETALHAMENTO DO MÉTODO:

A pesquisa será desenvolvida por meio da intervenção em grupo durante 3 meses. Será aplicado a Escala CARS (Childhood Autism Rating Scale), o IDADI (Inventário dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil), e o Protocolo de Observação Comportamental e o ADL2(Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem), pré e pós-intervenção, e anamnese com os pais e/ou responsáveis legais.

8. POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS, E COMO ESTES SERÃO MINIMIZADOS:

A pesquisadora possui experiência enquanto fonoaudióloga, logo sabe lidar com os possíveis riscos que são relacionados a comportamentos disruptivos. Sabendo disso, para evitar o início desse comportamento, ou formas de manejo para evitar comportamentos de auto e heteroagressividade.

A criança pode apresentar cansaço ou aborrecimento durante a intervenção; o que pode causar alteração psicológica e social a que o participante está exposto ao participar do grupo terapêutico.

Para a atividade com os grupos e orientação aos pais, a pesquisadora contou com o auxílio de uma profissional do CAPSij, com formação em Fonoaudiologia, indicada pela gerente da Unidade. Foi oportunizado aos pais e/ou responsáveis legais a possibilidade de orientação individual e em grupo familiar, após os atendimentos, com relação à estimulação em casa, como lidar com o comportamento da criança, entre outros assuntos que sejam de interesse da família.

9. BENEFÍCIOS

O benefício da pesquisa aos participantes é que será realizada uma análise individual de suas habilidades de interação social, habilidades cognitivas e linguagem. Também serão analisadas as dificuldades e facilidades no seu desenvolvimento. Nos atendimentos em grupo serão realizadas atividades que favoreçam a melhora nos aspectos cognitivos, habilidades sociais, na qualidade de vida, aprendizagem e inserção social.

A pesquisa será realizada com crianças de 24 a 48 meses, idade em que se pode considerar como intervenção precoce, o que pode minimizar o agravamento dos sintomas do Transtorno do Espectro Autista, principalmente com relação às habilidades sociais, além de favorecer a qualidade de vida.

Outro benefício da pesquisa é que será oportunizado aos pais e/ou responsáveis legais a possibilidade de orientação individual ou em grupo familiar após os atendimentos, com relação à estimulação em casa, como lidar com os comportamentos de disruptivos, entre outros assuntos que sejam de interesse da família.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável legal por participante da pesquisa, sabendo que:

1. A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o participante da pesquisa e/ou seu responsável legal;

2. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa, podendo participar de outras pesquisas futuras;

3. É garantido o anonimato[4]: Somente a pesquisadora terá acesso às gravações, sendo utilizadas somente para elaboração da pesquisa. As imagens serão sem identificação, de costas ou de modo que não identifique a criança. As imagens serão utilizadas apenas para ilustrar o trabalho e a conclusão;

4. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;

---

[4]os casos em que se fizer necessário o uso da voz ou da imagem (incluindo foto) do participante, deve-se elaborar documento à parte, concedendo tal autorização

5. O participante terá acesso ao resultado do estudo no decorrer dos atendimentos, e ao final, sendo explicado e orientado cada etapa da pesquisa;

6. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), situado na Av. Tamandaré, 60000, Bairro Jardim Seminário, Campo Grande – MS (e-mail: cep@ucdb.br), telefone para contato (67) 3312-3478; que a referenda; e

7. O presente termo está assinado em duas vias e rubricado em todas as páginas numeradas.

Campo Grande-MS _____/_____/_____

1) _____

Nome e assinatura do (a)

( ) Responsável legal pelo participante

Meio de contato: _____

2) _____

Angela Maria Areias Florencio

Pesquisadora – Mestranda em Psicologia - UCDB

APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido destinado às Crianças (TALE)

Baseado no modelo de Silva, Otávio Henrique (2016)

Fonte: 2022:

https://nepei.fae.ufmg.br/termo-de-assentimento-livre-e-esclarecido-na-pesquisa-com-criancas-da-educacao-infantil

Olá _____,
quero convidá-la a participar de um estudo sobre atendimento em grupo com outras crianças.

Está pesquisa será feita por mim Angela Maria Areias Florencio.

Vou conversar com a mamãe, o papai, a vovó, o vovó ou outro adulto que cuida de você.

Primeiro você vai participar comigo de uma atividade bem legal, teremos muitos brinquedos guardados dentro das caixas Essa atividade será filmada.

Nos próximos atendimentos teremos mais 3 crianças junto, eu e a profissional que já trabalha aqui.

Se você quiser participar do estudo, poderá escrever o seu nome na linha abaixo ou molhar o seu dedo nesta almofada de tinta guache, você pode escolher a cor que quiser, e colocar o seu polegar dentro do quadradinho ao lado. Você vai colocar seu dedo em duas folhas. Uma dessas folhas ficará com você e outra comigo que sou a pesquisadora. Caso sinta algum incômodo ou não queira mais participar, não terá nenhum problema.

E você decide se quiser participar ou não, certo. Isso é apenas um convite, não é obrigatório sua participação.

Caso você queira participar, isso será muito importante para o estudo, e seu nome não será divulgado em nenhum momento, e seu rosto não aparecerá.

_____ _____

Angela Maria Areias Florencio **Assinatura da criança**

Pesquisadora – Mestranda

(POLEGAR DIREITO)

APÊNDICE C- Autorização de uso de imagem e vídeo da criança.

Eu _____, RG_____ responsável legal por_____, RG_____, autorizo o uso de imagem e vídeo do menor citado acima, somente para fins da pesquisa realizada pela Fonoaudióloga Angela Maria Areias Florencio, RG 1843748, que ocorre no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil e Universidade Católica Dom Bosco no decorrer de janeiro de 2022 a dezembro de 2022.

Somente a pesquisadora terá acesso às gravações, sendo utilizadas somente para elaboração da pesquisa. As imagens serão sem identificação, de costas ou de modo que não identifique a criança. As imagens serão utilizadas apenas para ilustrar o trabalho e a conclusão desta pesquisa e em eventos científicos.

Campo Grande, ____ de _____ de _____.

Ass. Responsável legal _____

Ass. Testemunha_____

Ass. Angela Maria Areias Florencio _____

Mestranda em Psicologia - Pesquisadora

APÊNDICE D - Anamnese (entrevista com os pais)

DATA ___/___/___

Identificação do Paciente

Nome:_____ **Data Nasc.** ____/____/____

Prontuário: _____

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Raça/cor:( ) branca ( ) preta( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( ) não identificado

Local de nascimento/naturalidade: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Escola: _____ Série:_____ Telefone: _____

Período:_____ Contato com:_____

Participa de Atendimento Educacional Especializado? _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Queixa principal: _____

_____

Tratamentos e Avaliações _____

_____

Encaminhado por: _____

CID 10: _____

Profissionais que atendem a criança:

Profissional	Frequência do atendimento	Local de atendimento	Data de início	Data da Alta

Grau de instrução:

EF incompleto (1) EF completo (2) EM incompleto (3) EM completo (4)

ES incompleto (5) ES completo (6) Pós-graduação (7)

Renda: Meio salário mínimo (1) Um salário mínimo(2)de um a três salários mínimos (3) mais que três salários mínimos (4)

Composição familiar:

Nome	Idade	Grau de parentesco	Possui renda	Renda	Grau de instrução

Gestação:

Dados relevantes da gestação:_____

Parto com semanas: _____ Houve intercorrências? ( ) sim ( ) não

Quais?_____

Nasceu com _____ kg e _____ cm

C - Primeiras Reações:

Chorou logo? ( )sim ( ) não Precisou de oxigênio? ( )sim ( ) não

Observações:_____

Sono:

Dorme bem? ( )sim ( ) não Grita durante o sono? ( )sim ( )não

Acorda à noite? ( )sim ( )não Dorme com facilidade? ( )sim ( )não

Dorme com quem? _____

_____

Alimentação:

Mamou no peito?_____ Até quando? _____

Mamadeiras? _____ Alimentação pastosa? _____

Alimentação atual: _____

Prepara lanches simples? _____

Desenvolvimento Neuropsicomotor:

Sorriso? _____ Sentou? _____ Andou? _____

Engatinhou? _____ Falou? _____

Controle de esfíncteres? _____

Toma banho sozinho? _____ Sabe se vestir? _____ Tira roupa? _____

Calça meia? _____ Calça sapato? _____ Sabe dar laço? _____

Hábitos:

Usou chupeta? ( )sim () não Chupou dedo? ( )sim ( )não

Rói unhas? ( )sim ( )não

Higiene pessoal? _____

Audição:

Já fez exames auditivos? ( ) sim ( ) não Qual? _____

Resultados: _____

Aspectos atencionais:

Responde quando chamado pelo nome?() sim() não

Presta atenção quando está em uma conversa?() sim() não

Compreende as ordens simples e executa?() sim() não

Antecedentes Familiares

Alguém na família tem autismo ()depressão ()S. de Down ( )deficiência intelectual ()

Outra comorbidade? Qual? _____

Tem alguma doença? _____

Faz uso de algum medicamento de uso contínuo: _____

_____

Os medicamentos são obtidos pela rede pública? _____

É acompanhado por quais instituições além do CAPS IJ? _____

_____

Sociabilização:

Têm amigos? ( )sim ( )não Prefere brincar sozinho? ( )sim ( )não

Permanece pouco tempo com os mesmos brinquedos ou atividades? ( )sim ( )não

Manda nas brincadeiras? ( )sim ( )não

Brinca com crianças/ adolescentes de qual idade? _____

Brinca do que? Quais brinquedos têm?

_____

Organiza/guarda os brinquedos após o uso?

Faz uso de telas? ( )sim ( )não Quanto tempo ao dia? _____

Descreva a rotina da criança:

_____

_____

_____

_____

_____

Outros:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE E – Documento para a solicitação de anuência destinada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA

Prezado Sra. Maria Aparecida Melo da Silva (gerente), solicito a autorização desta Unidade de Saúde (Centro de Atenção Psicossocial IJ) para realização da pesquisa intitulada: **O desenvolvimento da cognição, da socialização e da linguagem por meio da intervenção em grupo com crianças com Transtorno do Espectro Autista**, sob minha responsabilidade.

Esta é uma pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde. A Dissertação tem como objetivo geral: Verificar possíveis benefícios das interações sociais na intervenção em grupo para o atendimento de crianças com transtorno do espectro autista atendidas no CAPS IJ. E prevê a realização da seguinte etapa metodológica no âmbito desta instituição:

A pesquisa será descritiva com abordagem qualitativa, pesquisa clínica. A pesquisa documental será realizada por meio da análise de prontuários das crianças atendidas no CAPS IJ. A pesquisadora irá entrar em contato com pais e/ou responsáveis legais, para agendar os atendimentos. Serão realizados: entrevista e aplicação de questionário aos pais e aos professores, as crianças serão avaliadas pré e pós-intervenção com o Protocolo de Observação Comportamental, e também será aplicada a escala CARS.

O Protocolo de Observação Comportamental (PROC) é um instrumento que auxilia na detecção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem, mesmo antes do aparecimento da comunicação verbal. Avalia as habilidades comunicativas expressivas, compreensão da linguagem e esquemas simbólicos.

O ADL 2 é composto por duas escalas, Linguagem Compreensiva e Linguagem Expressiva, que possibilitam a avaliação de cada domínio da linguagem, separadamente. Avalia a aquisição do conteúdo (semântica) e estrutura (morfologia e sintaxe) da linguagem.

A escala CARS é a sigla para Childhood Autism Rating Scale ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância. A escala é composta por 15 itens que favorecem o diagnóstico e identificação de crianças autistas, e auxiliar no diagnóstico diferencial em outros atrasos do desenvolvimento. Permite a diferenciação entre TEA leve, moderado e grave, além de fornecer informações sobre o comportamento da criança e a gravidade dos sintomas.

E o IDADI que observa sete domínios no desenvolvimento infantil: cognitivo, socioemocional, linguagem receptiva e expressiva, motricidade ampla e fina.

O público da pesquisa será com crianças de 02 a 06 anos, com diagnóstico de transtorno do espectro autista, segundo a CID 10, atendidas no CAPS IJ. Serão realizados atendimentos em grupo, as crianças serão organizadas por faixa etária, e funcionalidade. Serão 12 atendimentos em grupo, além dos atendimentos individuais.

Participarão deste estudo aproximadamente 4 a 6 crianças, cada grupo será composto por 3 a 4 crianças. A divisão por faixa etária será realizada do seguinte modo: 24 a 48 meses. Será utilizada uma sala de atendimento e jogos lúdicos da instituição. Os demais materiais serão adquiridos pela pesquisadora.

Informo também que o projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB e que a pesquisa só será iniciada após a sua aprovação por este comitê.

_____

Angela Maria Areias Florencio

Pesquisadora Responsável

Campo Grande, 29/10/2021

Av. Tamandaré, 6000 – Jardim Seminário – Campo Grande/MS – 79117-900

ANEXOS

ANEXO A- Termo de Anuência expedido pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. para a realização de pesquisa

1– TERMO DE ANUÊNCIA EXPEDIDO PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL III PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Prefeitura Municipal de Campo Grande-MS
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Atenção Psicossocial INFANTO JUVENIL III

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Eu, Maria Aparecida Melo da Silva, gerente do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil III, declaro que tive acesso ao projeto de pesquisa e compreendi seus objetivos, assim como as responsabilidades desta instituição na mesma. Deste modo, a pesquisadora Angela Maria Areias Florencio (mestranda), está autorizada a realizar a pesquisa e a coleta de dados especificada neste termo exclusivamente para fins científicos, assegurando a confidencialidade e o anonimato dos participantes da pesquisa segundo a Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e as suas complementares. Declaro ainda que a coleta de dados nessa Instituição Participante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco e apresentação do Parecer **Consubstanciado emitido pela Plataforma Brasil**. Ficando autorizada a realização da pesquisa durante o primeiro semestre de 2022, esse período poderá ser estendido, caso haja necessidade, desde que solicitado pela pesquisadora

Psic. Maria Aparecida Melo da Silva
Gerente Administrativa
CAPS Infanto Juvenil III

Maria Aparecida Melo da Silva
Gerente em Serviços de Saúde

Campo Grande, 20/04/2022

Rua São Paulo, 70 – B. Monte Castelo – Campo Grande/MS – 79002-270

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP.

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DESENVOLVIMENTO DA COGNIÇÃO, DA SOCIALIZAÇÃO E DA LINGUAGEM POR MEIO DA INTERVENÇÃO EM GRUPO COM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Pesquisador: ANGELA MARIA AREIAS FLORENCIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58040622.9.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.393.058

Apresentação do Projeto:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1930362.pdf, intitulado: O desenvolvimento da cognição, da socialização e da linguagem por meio da intervenção em grupo com crianças com transtorno do espectro autista". A autora "pretende investigar se há benefícios na intervenção terapêutica fonoaudiológica em grupo com crianças com TEA atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, e se esta forma de procedimento pode possibilitar melhora da interação social, das habilidades cognitivas e linguagem".principalmente nos ambientes familiar e escolar, entre outros.

Objetivo da Pesquisa:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1930362.pdf, postado pela autora. Os objetivos da pesquisa são: Objetivo Primário: Verificar possíveis benefícios das interações sociais, da cognição e da linguagem, na intervenção em grupo de crianças com transtorno do espectro autista, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Objetivo Secundário: • Identificar o perfil dos pacientes com diagnóstico de TEA segundo a faixa etária, funcionalidade e aspectos da comunicação social, por meio do levantamento documental em prontuário das crianças, anamnese com os pais, entrevista com os profissionais que atendem as crianças;• Verificar se ocorrem

mudanças nos aspectos de reciprocidade social, interação e comunicação social verbal e não verbal nas crianças diagnosticadas com TEA atendidas em grupo no CAPS IJ, por meio da aplicação do Protocolo de Observação Comportamental e o ADL2 (Avaliação do Desenvolvimento da linguagem), pré e pós-intervenção; e• Descrever possíveis mudanças quanto à interação social (no CAPS IJ e em outros ambientes sociais) de crianças diagnosticadas com TEA submetidas a atendimentos em grupo por meio terapêutico fonoaudiológico, utilizando-se de instrumentos como, a) CARS, b) IDADI, c) PROC e d) ADL-2.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações referentes aos tópicos Avaliação dos Riscos e Benefícios ' foram extraídas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1930362.pdf", postadas pela autora. Quanto aos Riscos a autora esclarece: “A pesquisadora possui experiência enquanto fonoaudióloga, logo sabe lidar com os possíveis riscos que são relacionados a comportamentos disruptivos. Sabendo disso, para evitar o início desse comportamento, ou formas de manejo para evitar comportamentos de auto e heteroagressividade. A criança pode apresentar cansaço ou aborrecimento durante a intervenção, o que pode causar alteração psicológica e social a que o participante está exposto ao participar do grupo terapêutico. Os atendimentos serão realizados pela pesquisadora junto com uma profissional do CAPS IJ, com formação em Serviço Social, com doutorado em Educação pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), desta forma minimiza os riscos com relação aos comportamentos disruptivos. Os responsáveis legais pela criança poderão acompanhar todos os atendimentos, caso os mesmos tenham interesse. Será respeitada a individualidade de cada caso”. Em relação aos Benefícios, a autora esclarece: “O benefício da pesquisa aos participantes é que será realizada uma análise individual de suas habilidades de interação social, habilidades cognitivas e linguagem. Também serão analisadas as dificuldades e facilidades no seu desenvolvimento. Nos atendimentos em grupo serão realizadas atividades que favoreçam a melhora nos aspectos cognitivos, habilidades sociais, na qualidade de vida, aprendizagem e inserção social. A pesquisa será realizada com crianças de 24 a 48 meses, idade em que se pode considerar como intervenção precoce, o que pode minimizar o agravamento dos sintomas do Transtorno do Espectro Autista, principalmente com relação às habilidades sociais, além de favorecer a qualidade de vida. Outro benefício da pesquisa é que será oportunizado aos pais e/ou responsáveis legais a possibilidade de orientação individual ou em grupo familiar após os atendimentos, com relação à estimulação em casa, como lidar com os comportamentos de disruptivos, entre outros assuntos que sejam de interesse da família”.

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO

Continuação do Parecer: 5.393.058

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19:49:32	AREIAS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPO GRANDE, 06 de Maio de 2022

Assinado por:
LUDOVICO MIGLIOLO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

ANEXO C -Ficha de acolhimento.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENADORIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

RAAS:

NOME:			**TEC. REF.:**
NOME SOCIAL:			
PRONTUÁRIO:	**DATA DE NASC.:**		**IDADE: ANOS**
CNS:	**RAÇA/COR:**		**SEXO: F ( ) M ( )**
FILIAÇÃO:	**MÃE:**		
	PAI:		
ENDEREÇO:			
BAIRRO:			**CEP:**
TELEFONES:			
DISTRITO:	**UNIDADE DE SAÚDE:**		
RESPONSÁVEL:		**PRONT:**	
ESCOLA/CEINF:			
ANO/SÉRIE:		**PERÍODO:**	
ENCAMINHADO POR:			
DATA:	**HORA DO PREENCHIMENTO:**	**POR:**	

1. **QUEIXA** (O QUE TE FEZ PROCURAR AJUDA AGORA? QUAIS OS SINTOMAS?):

_____

_____

_____

SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS:

Angústia	( )	Diminuição do apetite	( )	Masturbação excessiva	( )
Ansiedade	( )	Vômito	( )	Sono agitado	( )
Medo	( )	Aumento do apetite	( )	Pesadelos	( )
Irritabilidade	( )	Alteração de humor	( )	Insônia	( )
Desânimo	( )	Pensamento obsessivo	( )	Sonolência excessiva	( )

Diminuição do auto cuidado	( )	Flashbacks	( )	Enurese noturna	( )
Sensação de cansaço	( )	Pânico	( )	Encoprese	( )
Apatia	( )	Doenças psicossomáticas	( )	Alterações no trabalho/escola	( )
Isolamento	( )	Dores	( )	Alterações no convívio social	( )
Choro imotivado	( )	Esquecimento	( )		( )
Baixa autoestima	( )	Consegue falar sobre o ocorrido	( )	Sintomas psicóticos	
Tristeza constante	( )	insegurança	( )	Sim ( ) Não ( )	
Dificuldade de aprendizado	( )	Pensamentos suicidas	( )	Quais?	
Dificuldade de concentração	( )	Tentativas de suicídio nº	( )		
Distúrbio de comportamento	( )	Pessimismo	( )		
Deficiência mental	( )	Sentimento de culpa	( )		
Agitação	( )	Sexualidade exacerbada	( )		
Agressividade	( )	Diminuição da libido	( )		

2. **Há fator de risco e vulnerabilidade para a vítima?**

_____

_____

_____

3. **Fez/faz tratamento psiquiátrico:** Sim ( ) Não ( )

Onde?_____

6. Passou por internação psiquiátrica: Sim ( ) Não ( )

Onde?_____

7. Fez/ Faz uso de psicotrópico: Sim ( ) Não ( )

Qual?_____

Dosagem: _____ Horário:

_____

9. Fez/ Faz uso de SPA: Sim ( ) Não ( )

Qual?_____

10. Sofreu/sofre violência: Sim ( ) Não ( ) Que

tipo?_____

11. Notificação: Sim ( ) Não ( ) Não necessita ( )

12. Observações/conclusão do acolhimento/Condutas:

Observação:

Consulta médica: Médico: _____ Data: _____Horário: _____

CENSO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (S. DOWN/TEA/VISUAL/FÍSICA/AUDITIVA/DM)
Média de Renda Familiar: ( )1/2 Salário mínimo ( ) 1 Salário mínimo ( ) 1 a 3 Salário mínimo ( )+ 3 salários
Faz AEE? Escola Pública ( ) CAEE ( )
Recebe BPS? Sim ( ) Não ( ) Faz uso de Transporte Público? Sim ( ) Não ( )
Tem casa própria? Sim ( ) Não ( )

Data: ____/_____/_____ Profissional: _____

Assinatura do Responsável:

ANEXO D - Protocolo de Observação Comportamental – PROC

Nome: D.N.
Nível de escolaridade: Escola:
Encaminhamento:
Motivo do encaminhamento:
Data da avaliação: Realizada por:

1. HABILIDADES COMUNICATIVAS DA CRIANÇA:
1a. Habilidades dialógicas ou conversacionais: Verificar a presença de comunicação interacional e o grau de envolvimento da criança nos intercâmbios comunicativos.

Intenção Comunicativa:
0 – ausente 2 – presente raramente 4 – presente frequentemente
Inicia a conversa / interação:
0 – ausente 2 – presente raramente 4 – presente frequentemente
Responde ao interlocutor:
0 – ausente 2 – presente raramente 4 – presente frequentemente
Aguarda o seu turno (não se precipita, interrompendo o interlocutor):
0 – ausente 2 – presente raramente 4 – presente frequentemente
Participa ativamente da atividade dialógica (alternância de turnos na interação):
0 – ausente 2 – presente raramente 4 – presente frequentemente
Total da pontuação: (máximo = 20 pontos)

1b. Funções Comunicativas

Instrumental- solicitação de objetos, ações (“dar um brinquedo, abrir porta”)
0 – ausente 1 – presente raramente 2 – presente frequentemente
Protesto – interrupção com fala ou ação de uma ação indesejada (“para”)
0 – ausente 1 – presente raramente 2 – presente frequentemente
Interativa – Uso de expressões sociais para iniciar ou encerrar interação (“oi, tchau”)
0 – ausente 1 – presente raramente 2 – presente frequentemente
Nomeação – Nomeação espontânea de objetos, pessoas, ações
0 – ausente 1 – presente raramente 2 – presente frequentemente
Informativa – comentários, informações espontâneas na interação (“ó meu sapato”)
0 – ausente 1 – presente raramente 2 – presente frequentemente
Heurística – solicitação de informação ou permissão (“pode pegar? Cadê a bola?”)
0 – ausente 1 – presente raramente 2 – presente frequentemente
Narrativa – presença de turnos narrativos (“o príncipe pegou a princesa e casou”)
0 – ausente 1 – presente raramente 3 – presente frequentemente

Total da pontuação: (máximo=15):

1c. Meios de comunicação
Verificar se os meios atingiram níveis de simbolização.

Meios não verbais (vocalizações)	Meios não verbais (gestos)	Meios verbais (palavras, frase, discurso)
0 – ausência de vocalizações 1 – somente vocalizações articuladas 2 – vocalizações não articuladas e articuladas com entonação da língua (jargão).	1–gestos não-simbólicos elementares (pegar na mão e levar, cutucar, puxar). 2 – gestos não-simbólicos convencionais (apontar, negar com a cabeça, "vem cá"). 5 – gestos simbólicos (gestos que representam ações, objetos, idade).	7 – palavras isoladas. 9 – enunciados de 2 palavras. 11 – frases com 3 ou mais palavras, telegráficas ou não. 13 – relato de experiências imediatas contendo 5/6 palavras. 15 – relato de experiências não imediatas (o que aconteceu na escola, como foi o dia)
Pontuação (máxima=2):	Pontuação (máxima=5):	Pontuação (máxima=15):

Nível de pontuação obtido para vocalizações e gestos (máximo=7):
Nível de pontuação obtido para gestos e meios verbais (máximo=20):

1d. Níveis de contextualização da linguagem:
5 – linguagem refere-se somente à situação imediata concreta
10 – linguagem descreve a ação que está sendo realizada e faz referências ao passado e/ou ao futuro imediato, sem ultrapassar o contexto imediato.
15 – linguagem vai além da situação imediata, referindo-se a eventos mais distantes no tempo (evoca situações passadas e antecipa situações futuras)

Nível de pontuação obtido (máximo=15):

2. COMPREENSÃO VERBAL:
Consultar as tabelas de desenvolvimento normal da linguagem ao elaborar os procedimentos para avaliação da compreensão.

0 – Não apresenta resposta à linguagem
10 – Responde sistematicamente a uma solicitação, comentário ou quando chamado
20 – Atende quando é chamada
30 – Compreende ordens situacionais com uma ação, acompanhada de gestos ("mande um beijo")
40 – Compreende ordens situacionais com uma ação, não acompanhadas de gestos
50 – Compreende duas ordens não relacionadas
60 – Compreende ordens com 3 ou mais ações, solicitações ou comentários

Nível de pontuação obtido (Máximo=60):

3. ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO:

3a. Forma de manipulação dos objetos
0 – Não se interessa pelos objetos:
0 – Desiste da atividade quando surge algum obstáculo
1 – Explora os objetos por meio de poucas ações
1 – Explora os objetos de modo rápido e superficial
1 – Explora os objetos um a um de modo repetitivo
2 – Persiste na atividade quando surge algum obstáculo, tentando superá-lo

2 – Atua de modo repetitivo, sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo, relacionando-os
5 – Explora os objetos um a um de modo diversificado
10 – Atua, de maneira diversificada, sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo, relacionando-os.
Total da pontuação (máximo=10):

3b. Nível de desenvolvimento do simbolismo
0 – Não apresenta condutas simbólicas, somente sensório-motoras
1 – Faz uso convencional dos objetos
2 – Apresenta esquemas simbólicos (no próprio corpo)
3 – Usa bonecos ou outros parceiros no brinquedo simbólico
4 – Organiza ações simbólicas em uma sequência
5 – Cria símbolos, fazendo uso de objetos substitutos ou gestos simbólicos para representar objetos ausentes
5 – Faz uso da linguagem verbal para relatar o que está acontecendo na situação de brinquedo

Total da pontuação (máximo=20):

3c. Nível de organização do brinquedo
0 – Manipula os objetos sem uma organização dos mesmos
1 – Organiza as miniaturas em pequenos grupos, reproduzindo situações parciais, mas sem uma organização de todo o conjunto (ex. cadeiras colocadas em volta da mesa)
2 – Faz pequenos agrupamentos de dois ou três objetos (ex. xícara ao lado da colher)
3 – Enfileira os objetos distribuindo-os de modo a configurar os diversos cômodos da casa.
4 – agrupa os objetos em categorias definidas, formando classes.
5 – seria os objetos por tentativa e erro (ex. do menor para o maior).
5 – seria os objetos de acordo com as diferenças, seguindo um critério

Total da pontuação (máximo=20):

3d. Imitação
Imitação gestual
0 – Não reage às solicitações
1 – Imitação de gestos/movimentos visíveis no próprio corpo (ex. apalpar esponja de banho)
3 – Imitação de gestos/movimentos não visíveis no próprio corpo (segurar a orelha, mostrar a língua).

Imitação sonora
0 – Não reage às solicitações
2 – Imitação de sílabas
3 – Imitação de onomatopeias
5 - Imitação de palavras
6 - Imitação de frases

Total da pontuação (máximo=20):

PONTUAÇÃO

Aspectos observados	Pontuação Máxima	Pontuação alcançada
1. Habilidades comunicativas (expressivas)	70	
2. Compreensão da linguagem oral	60	
3. Aspectos do desenvolvimento cognitivo	70	
Total da pontuação	**200**	

Características gerais das habilidades comunicativas (Marcar com um "x")
() Não apresenta comunicação intencional
() Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.
() Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.
() Comunicação simbólica plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios simbólicos e não verbais.
() Comunicação intencional com funções primárias, restrita participação em atividade dialógica por meios verbais.
() Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação e atividade dialógica por meios verbais, ligados ao contexto imediata.
() Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, não ligados ao contexto imediato.

Características gerais da organização linguística:
() Não apresenta organização linguística
() Produção de palavras isoladas
() Produção de enunciados (duas ou mais palavras organizadas no nível da frase)
() Produção de discurso (frases encadeadas)

Características gerais da compreensão da linguagem oral
() Não demonstra compreensão da linguagem oral
() Responde de forma assistemática
() Compreende ordens com até duas ações, ligadas ao contexto imediato.
() Compreende ordens com 3 ou mais ações, não ligados ao contexto imediato

Características gerais da imitação
Imitação gestual
() não responde às solicitações
() imita somente gestos visíveis no próprio corpo
() imita gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo

Imitação sonora
() não responde às solicitações
() imita somente sons não verbais
() imita sons verbais e não verbais

Características gerais do desenvolvimento cognitivo
() sensório motor – fases iniciais
() sensório motor – fases avançadas
() transição entre sensório motor e representativo
() representativo

Observações:_____
_____
_____

Conclusões:_____
_____

ANEXO E – ADL 2: Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem – 2.

Protocolo de Aplicação e Pontuação – 2. ed.

Maria Lucia Menezes, PhD

Nome:_____

Data de nascimento: ___/___/___ Data da avaliação: ___/___/___ Idade: _____

Nome do pai: _____ Profissão: _____

Nome da mãe: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Colégio: _____ Turma: _____

Motivo da avaliação: _____

_____

_____

CÁLCULO DOS ESCORES

Linguagem Receptiva	Última tarefa correta	
	Menos o total de respostas incorretas	
	Linguagem Receptiva: Escore Bruto	
	Escore padrão LR	
Linguagem Expressiva	Última tarefa correta	
	Menos o total de respostas incorretas	
	Linguagem Expressiva: Escore Bruto	
	Escore padrão LE	
Linguagem Global	Escore Bruto da Linguagem Global	
	Escore Padrão da Linguagem Global	

	Ano	Mês
Data do teste		
Data de nascimento		
Idade Cronológica		

LINGUAGEM EXPRESSIVA
1 ano a 1 ano e 5 meses
1. Participa de brincadeiras com outra pessoa pelo período de 1 a 2 minutos. Material: um marcador de tempo (ex.: celular), paninho e brinquedos. Procedimento: solicitar ao acompanhante que brinque com a criança como faria em casa. O examinador poderá observar e anotar o interesse da criança pelos brinquedos. 1 ponto: quando a criança mantém o contato do olhar e demonstra prazer com a brincadeira. Quando este comportamento é observado em outro momento na sessão de avaliação ou o cuidador relata este comportamento no contexto.
2. Comunica-se de forma gestual. Material: brinquedos. Procedimento: o examinador ou o cuidador brinca com a criança. O examinador observa e anota a comunicação gestual da criança. _____ 1 ponto: quando observado, no período de avaliação, um ou mais comportamentos da criança usando gestos com intenção de se comunicar (exemplos: estender um objeto para o examinador ou para o cuidador, apontar para um objeto ou para uma pessoa, balançar a mão dando adeus).
3. A criança vocaliza sem que movimentos de pernas e de braços acompanhem a emissão dos sons. Material: brinquedos. Procedimento: o cuidador ou o examinador se posiciona frente à criança, de forma que esta possa ver o seu rosto, sorri e verbaliza, imitando os sons que fez durante a sessão de avaliação ou que têm sido observados em casa. _____ 1 ponto: quando o examinador ou o cuidador fala com a criança e está responde vocalizando sem movimentos do corpo.

LINGUAGEM COMPREENSIVA
1 ano e 6 meses a 1 ano e 11 meses
( ) 5. Vocabulário receptivo. Identifica figuras de objetos. Material: Manual de figuras, páginas 1 e 2. Procedimento: o examinador diz: Vamos olhar estas figuras, (nome da criança). Em seguida, aponta, dizendo: Olhe a bola. Continue: Agora, me mostre... ( ) a. o carro _____

( ) b. a banana _____

( ) c. o gato _____

( ) d. o tênis (sapato) _____

( ) e. o pé _____

( ) f. a mão _____

( ) g. o biscoito (a bolacha) _____

1 ponto: 5 respostas corretas

( ) 6. Compreende ordens simples com dois pedidos

Material: bolas

Procedimento: o examinador ou o cuidador diz:

( ) a. (nome da criança), pegue a bola e me dê _____

( ) b. agora pegue a bola e dê para (nome do acompanhante ou do examinador da criança _____

1 ponto: 1 resposta correta

( ) 7. Compreende palavras inibitórias

Material: 2 carros (caminhões) e 3 bolas

Procedimento: O examinador ou cuidador chama a atenção da criança para o brinquedo, falando o seu nome, e quando ela for movimentar-se para pegar o carro (caminhão) ou a bola, diz: Não! Espere! É a minha vez!

_____

1 ponto: quando a criança para pelo menos uma vez. O procedimento poderá ser repetido duas vezes.

( ) 8. Compreende verbos dentro de um contexto

Material: miniaturas de um cachorro, um paninho, um prato, uma colher e uma xícara

Procedimento: o examinador coloca o material em frente à criança e, a chamando pelo nome, diz:

( ) a. O cachorro (au au) está com fome. Dê comida pra ele comer. _____

_____

( ) b. O cachorro (au au) está com sede. Dê água pra ele beber. _____

_____

( ) c. O cachorro (au au) está com sono. Bote ele pra dormir _____

_____

1 ponto: 2 respostas corretas.

LINGUAGEM COMPREENSIVA
2 anos a 2 anos e 5 meses
( ) 9. Usa apropriadamente objetos familiares enquanto brinca. Material: Cachorro, carro (caminhão), bola, boneca, colher, prato, xícara. Procedimento: o examinador coloca o material próximo à criança, manipula alguns objetos e, dizendo o nome da criança, pergunta: Vamos brincar? Ao mesmo tempo em que estimula a criança, observa a sua manipulação com os objetos. ( ) a. bola _____ ( ) b. carro (caminhão) _____ ( ) c. cachorro _____ ( ) d. boneca _____ ( ) e. xícara _____ ( ) f. colher _____ 1 ponto: quando manipula adequadamente 3 objetos. ( ) 10. Identifica partes do corpo em si ou na boneca Material: boneca Procedimento: o examinador, dizendo o nome da criança, pede-lhe para mostrar: ( ) a. o nariz _____ ( ) b. os olhos _____ ( ) c. o pé _____ ( ) d. a mão _____ ( ) e. a boca _____ ( ) f. a barriga _____ ( ) e. as orelhas _____ ( ) f. a cabeça _____ 1 ponto: quando aponta 5 partes do corpo corretamente ( ) 11. Compreende relação espacial Material: uma bolsa e três bolas Procedimento: O examinador coloca uma bolsa com duas bolas dentro e uma do lado de fora, chama a criança pelo nome, dizendo: ( ) a. Tire as bolas de dentro da bolsa. _____ ( ) b. Bote todas as bolas em cima da mesa. _____ ( ) c. Bote todas as bolas dentro da bolsa. _____ 1 ponto: 2 respostas corretas. ( ) 12. Compreende alguns pronomes. Material: um cachorro e três bolas. Procedimento: o examinador, dizendo o nome da criança, pergunta: Vamos brincar +com as bolas e o cachorrinho? Eu dou todas as bolas para você! ( ) a. Mostre as suas bolas (correto se a criança mostra uma ou todas as bolas). ____

_____

( ) b. Agora você dá uma bola para mim. _____

Quando a criança não dá, o examinador pega uma bola, perguntando à criança:

( ) c. Onde está a minha bola? _____

( ) c. Agora dê uma bola para ele (o cachorro). _____

1 ponto: 2 respostas corretas.

( ) 13. Reconhece a ação nas figuras

Material: Manual de figuras, páginas 3 e 4.

Procedimento: o examinador diz o nome da criança e nomeia uma ação. Aponta, dizendo: O menino está chutando. Mostrando cada figura, pergunta: Quem está...

( ) a. bebendo? _____ ( ) b. comendo? _____

( ) c. dormindo? _____ ( ) d. correndo? _____

( ) e. tomando banho? _____

1 ponto: 4 respostas corretas.

LINGUAGEM COMPREENSIVA
2 anos e 6 meses a 2 anos e 11 meses
( ) 14. Compreende os pronomes “mim”, “seu”, “minha”. Material: Cachorro, bolas. Procedimento: o examinador diz o nome da criança. Pergunta: Vamos brincar? Olhe as bolas e o cachorro (au au). Eu dou uma bola para você. E diz: ( ) a. Agora você dá uma bola para mim _____ Quando a criança não dá a bola, o examinador pega uma bola e pergunta: ( ) b.(nome da criança), onde está a minha bola? (Cadê a minha bola?) _____ ( ) c. (nome da criança), cadê a sua bola? _____ ( ) d. Agora dê uma bola para ele (o cachorro) _____ 1 ponto: 2 respostas corretas. ( ) 15. Compreende o uso dos objetos Material: Manual de figuras, página 5. Procedimento: o examinador diz o nome da criança. Mostra as figuras, dizendo. Mostre... ( ) a. O que você usa para beber? _____ ( ) b. O que você usa para pentear os cabelos? _____

( ) c. O que você usa para cortar papel? _____

( ) d. O que você usa para comer? _____

1 ponto: 3 respostas corretas.

( ) 16. Compreende os conceitos dos adjetivos.

Material: manual de figuras, páginas 6,7 e 8.

Procedimento: O examinador diz o nome da criança. Mostra as figuras, dizendo: Mostre...

( ) a. a vaca grande. _____ ( ) b. o peixe pequeno. _____

( ) c. o menino molhado. _____ ( ) d. o menino sujo. _____

1 ponto: 3 respostas corretas.

LINGUAGEM COMPREENSIVA
3 anos a 3 anos e 5 meses

( ) 17. Compreende relação parte/todo

Material: Manual de figuras, página 9.

Procedimento: o examinador diz o nome da criança. Mostra uma figura de cada vez, dizendo: Mostre....

( ) a. a porta do caminhão. _____ ( ) b. as rodas do caminhão. _____

( ) c. a mão do menino. _____ ( ) d. a perna do menino. _____

1 ponto: 3 respostas corretas.

( ) 18. Compreende conceitos de quantidade.

Material: uma bolsa e três bolas..

Procedimento: o examinador diz o nome da criança. Coloca a bolsa com as bolas em frente à criança, dizendo:

( ) a. Me dê só uma bola. _____

( ) b.Bote o resto das bolas em cima da mesa. _____

( ) c. Agora bote todas as bolas dentro da bolsa. _____

1 ponto: 2 respostas corretas.

( ) 19. Identifique cores.

Material: manual de figuras, páginas 10.

Procedimento: O examinador diz o nome da criança. Mostra as figuras, dizendo: Olhe estas bolas. Mostre a bola...

( ) a. vermelha. _____ ( ) b. amarela. _____

( ) c. branca. _____ ( ) d. verde. _____ ( ) e. azul _____

1 ponto: 4 respostas corretas.

( ) 20. Identifica categorias de objetos em figuras.

Material: Manual de figuras, página 11.

Procedimento: o examinador diz o nome da criança. Mostra as figuras, dizendo. Olhe estas figuras. Mostre...

( ) a. Todos os bichinhos. _____

( ) b. Todas as coisas que comemos? _____

1 ponto: 2 respostas corretas.

LINGUAGEM COMPREENSIVA
3 anos e 6 meses a 3 anos e 11 meses

( ) 21. Compreende conceitos de quantidade.

Material: Manual de figuras, páginas 12 e 13.

Procedimento: o examinador diz o nome da criança. Mostre as figuras, dizendo: Olhe estas figuras...

( ) a. Estes meninos estão segurando balões. Qual está com mais balões? _____

( ) b. Estas meninas estão segurando bonecas. Qual está com mais bonecas? _____

1 ponto: 2 respostas corretas.

( ) 22. Compreende pronomes pessoais.

Material: Manual de figuras, página 14 e 15.

Procedimento: o examinador diz o nome da criança. Mostra as figuras, dizendo. Olhe estas figuras e aponte a que...

( ) a. ELA está chorando. _____

( ) b. ELE está tomando sorvete. _____

1 ponto: 2 respostas corretas.

( ) 23. Faz deduções.

Material: manual de figuras, páginas 16, 17 e 18

Procedimento: O examinador diz o nome da criança. Lê a frase que corresponde à figura-alvo. Aponta para cada figura e pede para a criança mostrar a resposta.

( ) a. Olhe as figuras desta menina. O nome dela é Bia. A boneca de Bia está muito suja. O que bia deveria fazer com a boneca? _____

( ) b. Olhe as figuras deste menino. Um deles teve uma boa surpresa e ficou muito

feliz. Quem teve a surpresa? _____

( ) c. Olhe estas figuras. Se Tiago saísse de casa ficaria todo molhado. Como está o tempo lá fora? _____

1 ponto: 2 respostas corretas.

( ) 24. Compreende o conceito de subir.

Material: Manual de figuras, página 19.

Procedimento: o examinador diz: Olhe estas meninas na escada.

Aponte para a menina que está subindo. _____

1 ponto: se responde corretamente

( ) 25. Compreende questões com o pronome interrogativo "que".

Material: Manual de figuras, página 20 e 21.

Procedimento: o examinador diz: Olhe estas figuras. Mostre...

( ) a. o que voa. _____ ( ) b. o que late (au au). _____

( ) c. o que nada. _____ ( ) d. o que corta. _____

( ) e. o que queima. _____ ( ) f. o que derrete. _____

( ) g. o que dorme. _____

1 ponto: 6 respostas corretas.

LINGUAGEM COMPREENSIVA
4 anos a 4 anos e 5 meses
26. Compreende orações negativas Material: Manual de figuras, páginas 22 e 23. Procedimento: o examinador diz: Olhe estas figuras... ( ) a. aponte o passarinho que não está voando. ( ) b. aponte o menino que não está na piscina. 1 ponto: 2 respostas corretas.
27. Conceito de exclusão e inclusão Material: Manual de figuras, página 24 e 25. Procedimento: o examinador diz: Olhe esta figura... (ok) a. Aponte para um dos peixes.

( ) b. Aponte para todos os macacos. 1 ponto:1 resposta correta.
28. Compreende conceitos de tempo. Material: manual de figuras, páginas 26 e 27. Procedimento: o examinador diz: Olhe esta figura... ( ) a. aponte para a figura que está de dia. ( ) b. aponte para a figura que está noite. 1 ponto: 2 respostas corretas.
(zero) 29. Compreende o conceito de subir. Material: Manual de figuras, páginas28, 29e 30 Procedimento: o examinador diz: ( ) a. Você está vendo estas crianças? Aponte a mais alta. ( ) b. Você está vendo estas garrafas? Aponte para a vazia. ( ) c. Você está vendo estes objetos? Aponte o mais pesado. 1 ponto: 2 respostas corretas
) 30. Compreende conceitos espaciais Material: Manual de figuras, página 31 Procedimento: o examinador diz: Olhe estas figuras. Aponte para o cachorro que está... ( ) a. em cima da cadeira? ( ) b. embaixo da cadeira. ( ) c. atrás da cadeira. 1 ponto: 3 respostas corretas

LINGUAGEM EXPRESSIVA
1 ano a 1 ano e 5 meses
1. Participa de brincadeiras com outra pessoa pelo período de 1 a 2 minutos. Material: um marcador de tempo (ex.: celular), paninho e brinquedos. Procedimento: solicitar ao acompanhante que brinque com a criança como faria em casa. O examinador poderá observar e anotar o interesse da criança pelos brinquedos. _____ 1 ponto: quando a criança mantém o contato do olhar e demonstra prazer com a brincadeira. Quando este comportamento é observado em outro momento na sessão de avaliação ou o cuidador relata este comportamento no contexto.
2. Comunica-se de forma gestual. Material: brinquedos. Procedimento: o examinador ou o cuidador brinca com a criança. O examinador observa e anota a comunicação gestual da criança. _____ 1 ponto: quando observado, no período de avaliação, um ou mais comportamentos da criança usando gestos com intenção de se comunicar (exemplos: estender um objeto para o examinador ou para o cuidador, apontar para um objeto ou para uma pessoa, balançar a mão dando adeus).
3. A criança vocaliza sem que movimentos de pernas e de braços acompanhem a emissão dos sons. Material: brinquedos. Procedimento: o cuidador ou o examinador se posiciona frente à criança, de forma que esta possa ver o seu rosto, sorri e verbaliza, imitando os sons que fez durante a sessão de avaliação ou que têm sido observados em casa. _____ 1 ponto: quando o examinador ou o cuidador fala com a criança e está responde vocalizando sem movimentos do corpo.
4. Emite sequências de duas sílabas. Material: brinquedos. Procedimento: o examinador ou o cuidador, enquanto manipula os brinquedos com a criança. estimula sua comunicação verbal fazendo perguntas. Exemplos: chama a criança pelo nome. Em seguida, faz uma pergunta: Cadê o bi bi?; Vamos dar papá para o au au?; Cadê o (nome do acompanhante)? _____ 1 ponto: quando a criança produz uma ou mais sequências de duas sílabas durante o

período de avaliação ou se o cuidador relata o que ela “fala” no seu contexto familiar
5. Tem vocabulário de pelo menos uma palavra. Material: brinquedos. Procedimento: o examinador ou o cuidador brinca com a criança. Exemplos: retira da bolsinha um cachorro, mostra para a criança, perguntando: O que é isto? Quando a criança não responde, diz: Olhe o cachorro, ele faz “au au”. Apontando para o cachorro, pergunta novamente: O que é isto? Em seguida, pega a bola e volta a perguntar: O que é isto? _____ 1 ponto: quando durante o período de avaliação, a criança usa consistentemente a mesma combinação de sons para nomear a mesma pessoa ou o mesmo objeto ou quando o cuidador relata que ela “fala” no contexto familiar, dando exemplos.

LINGUAGEM EXPRESSIVA
1 ano e 6 meses a 1 ano e 11 meses
( ) 8. Para obter atenção e objetos, a criança se comunica por gestos e sons Material: brinquedos Procedimento: inicialmente, o examinador observa a criança manipulando brinquedos. Após alguns minutos, coloca fora do alcance da criança dois ou três brinquedos que ela demonstrou preferência. Então, pergunta: Qual você quer? _____ _____ 1 ponto: quando a criança aponta e diz “ah!” ou “dá!”, ou outras emissões vocais, ou ainda quando vai em direção ao objeto, vocalizando. ( ) 9. Imita uma palavra Material: brinquedos Procedimento: o examinador pergunta ao cuidador que palavras a criança fala no seu ambiente familiar e social. Em seguida, fala uma dessas palavras ou uma das que a criança falou durante o período de avaliação._____ 1 ponto: quando a criança imita uma palavra durante o período da avaliação ou quando o cuidador cita palavras que ela imita no contexto familiar. ( ) 10. Produz sequência de sílabas. Material: brinquedos

Procedimento: Procedimento: o examinador ou o cuidador brinca com a criança estimulando a sua fala. Exemplos: dar comida para a bonequinha e quando acaba poderá dizer: Neném papou. Repete ação com o cachorro e pergunta: E o “au au”, o que fez?

_____

1 ponto: quando a criança produz sequências de duas ou mais palavras em uma emissão vocal durante o período da avaliação ou o cuidador diz que ela “fala” no seu contexto familiar e exemplifica.

( ) 11. Tem vocabulário expressivo (espontâneo) de cinco a dez palavras.

Material: brinquedos e livros infantis. Procedimento: observar a linguagem espontânea da criança no período de avaliação e solicitar ao cuidador para observar e escrever as palavras que a criança fala espontaneamente em seu ambiente familiar.

_____

1 ponto: quando são observadas cinco ou mais palavras na fala espontânea da criança no período de avaliação ou quando o cuidador relata que a criança fala cinco ou mais palavras espontaneamente em seu ambiente familiar.

( ) 12. A criança fala sequência de palavras sem significado com entonação semelhante a do adulto (jargão).

Material: livrinho com muitas figuras coloridas ou uma cena montada com brinquedos.

Procedimento: estimular a criança a falar sobre a cena do livrinho ou dos brinquedos arrumados representando uma cena._____

1 ponto: quando a criança emitir sequência de três ou mais palavras, mesmo sem significado, com prosódia, entonação, da fala do adulto, ou quando o cuidador descrever este comportamento no seu contexto familiar.

LINGUAGEM EXPRESSIVA
2 anos a 2 anos e 5 meses
( ) 13. A criança usa palavras com intenção de se comunicar. Material: saco pequeno da ADL 2 e alguns brinquedos. Procedimento: o examinador deve observar a linguagem espontânea da criança em atividades lúdicas e criar situações por meio de brincadeiras para estimular a criança a falar. Se necessário, pedir ao cuidador para participar. Após se certificar de que a criança está observando a ação, o examinador deve colocar alguns brinquedos da preferência dela dentro do saco pequeno, fechar em seguida e balançar levemente.

Deixar o saco fechado por alguns segundos e fazer algumas perguntas à criança.

Exemplos:

( ) a. O que tem neste saco? _____

( ) b. Ih! O saco está fechado? _____

( ) c. Você quer a bola? _____

( ) d. Você quer o cachorro (au au)? _____

1 ponto: quando a criança pede objetos que estão dentro do saco por meio de emissões de palavras acompanhadas de gestos. Exemplos: “dá”, “quer esse”, “mais”; dizendo “bóa”, bola”, “mais bola” ou “quer mais”; “sim”, “não”, “abi”. Quando o cuidador descreve um desses comportamentos no seu contexto familiar.

( ) 14. Combina duas ou mais palavras com significado.

Material: brinquedos.

Procedimento: observação da linguagem espontânea da criança em atividades lúdicas. O examinador poderá criar situações por meio de brincadeiras para estimular a criança a falar. _____

_____

_____

1 ponto: quando a criança produzir sequência de duas ou mais palavras em uma emissão vocal e com significado semântico. Exemplo: “papato neném” (o sapato da boneca), “au-au mimiu”. Quando o cuidador descrever este comportamento no seu contexto familiar

( ) 15. Nomeia figuras.

Material: Manual de Figuras, páginas 1 e 2.

Procedimento: examinador aponta para cada figura diz para a criança: Olhe esta foto! O que é isto?

( ) a. carro _____ ( ) b. bola _____

( ) c. gato _____ ( ) d. banana _____

( ) e. sapato (ou tênis) _____ ( ) f. pé _____

( ) g. mão _____ ( ) h. biscoito (bolacha) _____

1 ponto: 6 acertos. Falhas fonológicas não são consideradas.

( ) 16. Comunica-se mais por palavras do que por gestos.

Material: brinquedos e objetos.

Procedimento: estimular e observar a linguagem espontânea da criança em atividades

lúdicas. Anotar as palavras ditas pela criança e os seus gestos durante o período de avaliação. _____

_____

1 ponto: quando a criança se comunica um pouco mais por palavras do que por gestos ou o cuidador descrever este comportamento no seu contexto familiar.

LINGUAGEM EXPRESSIVA
2 anos e 6 meses a 2 anos e 11 meses
( ) 17. Combina três ou quatro palavras na fala espontânea. Material: brinquedos e objetos. Procedimento: brincar com a criança com os objetos e brinquedos em que demonstrou mais interesse. Durante a brincadeira, descreva as ações que estão realizando com os brinquedos. Exemplo: o examinador e a criança brincam com o bonequinho, o prato, colher e a toalha. O examinador poderá dizer: O neném está com fome. O que você vai fazer com ele? Eh! Agora ele está com sono! O que você vai fazer com ele? _____ _____ 1 ponto: quando a criança se expressa verbalmente por meio de sequências de três ou mais palavras. ( ) 18. Compreende e responde com substantivo indicando posse. Material: Manual de Figuras, página 3. Procedimento: o examinador aponta para cada figura dizendo: ( ) a. Esta bola é do menino. E está bola é da _____ (menina) ( ) b. Este sorvete é do menino. Este sorvete é do _____ (menino) 1 ponto: 2 respostas corretas. ( ) 19. Vocabulário expressivo. Material: Manual de Figuras, páginas 4 e 5. Procedimento: o examinador mostra cada figura e diz para a criança: Olhe esta foto! O que é isto? ( ) a. vaca _____ ( ) b. peixe _____ ( ) c. leão _____ ( ) d. sapo _____ ( ) e. avião _____ ( ) f. faca _____ ( ) g. jacaré _____ ( ) h. moto _____ ( ) i. chave _____ 1 ponto: 6 acertos. Falhas fonológicas não são consideradas.

LINGUAGEM EXPRESSIVA
3 anos a 3 anos e 5 meses
( ) 20. Usa a forma de verbo no gerúndio. Material: Manual de Figuras, página 6. Procedimento: o examinador mostra para a criança a figura do menino que está chutando a bola e diz: Este menino está chutando a bola. Em seguida, mostra as outras figuras apontando e perguntando: ( ) a. O que esta menina está fazendo? _____ (comendo) ( ) b. E esta menina, o que ela está fazendo? _____ (bebendo) 1 ponto: 2 respostas corretas. ( ) 21. Compreende e responde a questões com: “o que” substantivo; advérbio interrogativo "onde" e de negação “não”. Material: Manual de Figuras, página 7. Procedimento: o examinador mostra para a criança as figuras, apontando e perguntando: ( ) a. Olhe este menino. O que ele está segurando nas mãos? _____ (bola) ( ) b. Agora olhe este menino? Onde ele está? _____ (sentado no cavalo; no cavalo) ( ) c. E esta menina, ela está acordada? _____ (não; está dormindo) 1 ponto: 2 respostas corretas. ( ) 22. Nomeia cores. Material: Manual de Figuras, página 8. Procedimento: o examinador diz: Olhe estas bolas. Quando eu apontar, você diz a cor. Vamos começar? Qual é a cor desta? ( ) a. (vermelha) _____ ( ) b. (amarela) _____ ( ) c. (branca) _____ ( ) d. (verde) _____ ( ) e. (azul) _____ 1 ponto: 4 respostas corretas. ( ) 23. Usa diferentes combinações de palavras para se expressar. Material: Manual de Figuras, página 9. Procedimento: o examinador mostra para a criança a figura da menina que está correndo e diz: Este menino está dormindo. Em seguida mostra as outras figuras, apontando e perguntando: ( ) a. Este menino, o que ele está fazendo? _____

_____ (tomando banho)

( ) b. E esta menino, o que ela está fazendo? _____

_____ (ela está correndo; está correndo)

1 ponto: quando a criança faz uma frase com um pronome ou substantivo + verbo. Falhas articulatórias não são consideradas.

LINGUAGEM EXPRESSIVA
3 anos e 6 meses a 3 anos e 11 meses

( ) 24. Usa palavras que expressam relação espacial.

Material: Manual de Figuras, página 10.

Procedimento: o examinador mostra as figuras para a criança, apontando, e pergunta: Onde está este cachorro?

( ) a. (em cima da cadeira) _____ ( ) b. (embaixo da cadeira) _____ ( ) c. (atrás da cadeira) _____

1 ponto: 3 respostas corretas.

( ) 25. Conceito de quantidade.

Material: Manual de Figuras, página 11.

Procedimento: o examinador, mostrando a figura, diz: Olhe estes cachorros. Você pode contar quantos tem?

_____

1 ponto: quando a criança usa qualquer palavra que expresse quantidade. Exemplos: "muitos"; "todos estes"; qualquer número: “3, 2, 5”; se a criança conta incorretamente: "1, 3, 5”

( ) 26. Habilidade para solucionar e responder a questões sobre situações do cotidiano.

Material: não necessário.

Procedimento: o examinador pergunta: O que você faz…

( ) a. quando está com sono? _____

_____ (durmo; eu durmo na cama) ( ) b. quando as suas mãos estão sujas? _____

_____ (lavo a mão; eu lavo a mão; eu lavo as mãos) ( ) c.

quando está com fome? _____

_____ (como; eu como cachorro-quente)

1 ponto: 3 respostas corretas. Gestos não são considerados.

( ) 27. Descreve ações em uma sequência de figuras.

Material: Manual de Figuras, página 12.

Procedimento: o examinador diz: Vamos olhar estas figuras. Após descrever a primeira, aponta para a segunda figura e, em seguida, para a última.

(1ª figura) Aqui o menino está andando.

( ) a. (2ª figura) E aqui, o que ele está fazendo? _____

_____

( ) b. (3ª figura) E agora? _____

_____

1 ponto*: quando completa as duas frases semanticamente corretas. Falhas fonológicas não são consideradas.

LINGUAGEM EXPRESSIVA
4 anos a 4 anos e 5 meses
( ) 28. Responde a pergunta sobre as suas atividades na escola (no colégio). Material: Não necessário Procedimento: o examinador poderá fazer perguntas para estimular a comunicação verbal da criança. Exemplos: ( ) Qual o nome o seu colégio (ou da escola)? ( ) Você gosta do seu colégio (ou da sua escola)? (Sim/não) ( ) Por quê? ( ) O que você mais gosta de fazer no seu colégio (ou na sua escola)? (de brincar, jogar...) ( ) Como você mais gosta de brincar? brinquedo 1 ponto: quando a criança responde 3 ou mais questões corretamente, Falhas fonológicas não são consideradas.
( ) 29. Habilidade para descrever objetos Material: Não necessário Procedimento: o examinador diz: Vou perguntar como você usa algumas coisas.

Treinamento: O que você faz com um sabão (sabonete)? Eu lavo as mãos, tomo banho. E você? ( ) O que você faz com uma bola? _____. (chuta, joga) ( ) O que você faz com um copo? Bebo, bebo água, bebo suco. ( ) O que você faz com uma tesoura?____ (corto, eu corto papel, picoto papel). 1 ponto: 3 respostas corretas. Falhas fonológicas não são consideradas.
( ) 30. Compreende questões com o advérbio de lugar "onde" Material: não necessário. Procedimento: o examinador diz: Vou fazer perguntas pra você. ( ) a. Onde você dorme? _____ (cama, colchão, quarto, na minha casa). ( ) b. Onde você senta? _____ (cadeira, banco, sofá, almofada) ( ) c. Onde você lava as mãos? _____(pia, banheiro, bica, torneira, tanque, na água) 1 ponto: 3 respostas corretas.
( ) 31. Usa pronome possessivo Material: Manual de Figuras, página 13 Procedimento: o examinador descreve para a criança a primeira figura dos pares. Exemplo: Ela tem um picolé (ou sorvete). O picolé é dela. ( ) a. Elas tem um picolé (sorvete). O picolé (sorvete) é _____ (delas). ( ) b. Ele tem um picolé (sorvete). O picolé (sorvete) é _____ (dele). 1 ponto: 2 respostas corretas.

ANEXO F– Escala CARS (Childhood Autism Rating Scale)

Schopler, E., Reichler, R.J., & Renner,B.R.

Escala para avaliação complementar ao diagnóstico de Autismo e gravidade (leve, moderado e grave)

Fonte:https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12936/000634977.pdf

1 - Relacionamento interpessoal	
Pontos	Sintomas
1	**Sem evidencia de dificuldade ou anormalidade:** o comportamento da criança é apropriado para a idade. Alguma timidez, inquietação ou prejuízo pode ser observado, mas não a um nível diferente (atípico) quando comparado com outra de mesma idade.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** A criança evita olhar o adulto nos olhos; evita o adulto; demonstra dificuldade quando é forçado a tal; é extremamente tímido; não é tão sociável com um adulto quanto uma criança normal de mesma idade; fica agarrada aos familiares de forma mais intensa que outras de mesma idade.
2,5	
3	**Grau moderado:** A criança às vezes demonstra isolamento. Há necessidade de esforço persistente para obter sua atenção. Há um contato mínimo por iniciativa da criança (o contato pode ser impessoal).
3,5	
4	**Grau severo:** A criança é isolada realmente, não se dando conta do que o adulto está fazendo; nunca responde as iniciativas do adulto ou inicia contato. Somente as tentativas muito intensas para obter sua atenção tem algum efeito positivo.

2 - Imitação	
Pontos	Sintomas
1	**Apropriada:** A criança imita sons, palavras e movimentos que são apropriados para seu nível de desenvolvimento.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:**A criança imita comportamentos simples como bater palmas ou palavras isoladas na maior parte do tempo. Às vezes reproduz uma imitação atrasada (após tempo de latência)
2,5	
3	**Grau moderado:** A criança só imita às vezes e mesmo assim precisa de considerável persistência e auxílio do adulto. Frequentemente reproduz uma imitação atrasada.
3,5	
4	**Grau severo:** A criança raramente ou mesmo nunca imita sons, palavras, ou

	movimentos mesmo com auxílio de adultos ou após período de latência.

3 – Resposta emocional	
Pontos	Sintomas
1	**Resposta apropriada para a idade e situação:** A resposta emocional (forma e quantidade) demonstra sintonia com a expressão facial, postura corporal e modos.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** A criança ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais. Às vezes as reações são não relacionadas a objetos ou acontecimentos do "entorno".
2,5	
3	**Grau moderado:** Há presença definitiva de sinais inapropriados na forma e quantidade das respostas emocionais. As reações podem ser inibidas ou exageradas, mas também podem não estar relacionadas com a situação. A criança pode fazer caretas, rir ou ficar estática apesar de não estarem presentes fatos que possam estar causando tais reações.
3,5	
4	**Grau severo:** As respostas são raramente apropriadas às situações: quando há determinado tipo de humor é muito difícil modificá-lo mesmo que se mude a atividade. O contrário também é verdadeiro podendo haver enorme variedade de diferentes reações emocionais durante um curto espaço de tempo mesmo que não tenha sido acompanhado por nenhuma mudança no meio ambiente.

4 – Expressão corporal	
Pontos	Sintomas
1	**Apropriada:** A criança se move com a mesma facilidade, agilidade e coordenação que outra da mesma idade.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** Algumas peculiaridades "menores" podem estar presentes como movimentos desajeitados, repetitivos, coordenação motora pobre, ou presença rara de movimentos não usuais descritos no próximo item.
2,5	
3	**Grau moderado:** Comportamentos que são claramente estranhos ou não usuais para outras crianças de mesma idade. Podem estar presentes: peculiar postura de dedos e corpo, autoagressão, balançar-se, rodar e contorcer-se, movimentos serpentiformes de dedos ou andar na ponta dos pés.
3,5	
4	**Grau severo:** Movimentos frequentes ou intensos (descritos acima) são sinais de comprometimento severo do uso do corpo. Estes comportamentos podem estar presentes apesar de um persistente trabalho de modificação comportamental assim como se mantiver quando a criança está envolvida em atividades.

5 – Uso do objeto

Pontos	Sintomas
1	**Uso e interesse apropriado:** A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** A criança apresenta menos interesse pelo brinquedo que a criança normal ou há um uso inapropriado para a idade (bater o brinquedo no chão ou colocá-lo na boca).
2,5	
3	**Grau moderado:** Há muito pouco interesse por brinquedos e objetos ou o uso é disfuncional. Pode haver um foco de interesse em uma parte insignificante do brinquedo, ficar fascinado com o reflexo de luz do objeto, ou eleger um excluindo todos os outros. Este comportamento pode ao menos ser parcialmente ou temporariamente modificável.
3,5	
4	**Grau severo:** A criança pode apresentar os sintomas descritos acima, porém com uma intensidade e frequência maior. Há significativa dificuldade em distrair a criança quando está "ocupada" com estas atividades inadequadas e é extremamente difícil modificar o uso inadequado do uso dos objetos.

6 – Adaptação à mudança	
Pontos	Sintomas
1	**Idade apropriada na resposta:**Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:**Quando o adulto provoca mudança na rotina e a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, porém pode ficar facilmente "confusa" em como aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é vai a uma padaria diferente/ o caminho para a escola é mudado, mas é acalmada facilmente.
2,5	
3	**Grau moderado:**Há resistência às mudanças da rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la; ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	**Grau severo:**Quando ocorrem mudanças a criança apresenta reações graves que são difíceis de serem eliminadas. Se forem forçadas a modificarem a rotina podem ficar extremamente irritados/raivosos ou não cooperativos e talvez respondam com birras.

7 – Uso do olhar	
Pontos	Sintomas
1	**Idade apropriada na resposta:**O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos como a audição e tato, como forma de explorar os objetos.

1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	**Grau moderado:** A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	**Grau severo:** Há uma persistência recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.

8 – Uso da audição	
Pontos	Sintomas
1	**Idade apropriada na resposta:** O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos como a visão e tato.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiper-reação. Às vezes a reação é atrasada, às vezes é necessário a repetição de um determinado som para "ativar" a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	**Grau moderado:** A resposta aos sons pode variar: ignorá-lo das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tampar os ouvidos.
3,5	
4	**Grau severo:** Há uma sub ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som.

9 – Uso do paladar, olfato e do tato	
Pontos	Sintomas
1	**Normal:** A criança explora novos objetos de acordo com a idade geralmente através dos sentidos. O paladar e olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados a criança expressa seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressa de forma adequada (leve).
2,5	

3	**Grau moderado:** Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lamber objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não usual a dor de grau moderado, assim como sub ou hiper-reação.
3,5	
4	**Grau severo:** Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos - pela sensação em si - sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta a dor assim como uma hiper-reação a algo que é só levemente desconfortável.

10 – Medo e nervosismo	
Pontos	Sintomas
1	**Normal:** O comportamento é apropriado à situação e a idade da criança.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	**Grau moderado:** A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal mesmo quando comparado a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo apresentado, assim como é difícil confortá-la nessa situação.
3,5	
4	**Grau severo:** Há manutenção de medo mesmo depois de repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/sentido de autoconservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

11 - Comunicação verbal	
Pontos	Sintomas
1	**Normal:** A comunicação verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** A fala apresenta um atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém pode estar presente ecolalia ou inversão pronominal em idade onde já não é normal sua presença. Algumas palavras peculiares e jargões podem estar presentes ocasionalmente.
2,5	
3	**Grau moderado:** A fala pode estar ausente. Quando presente a comunicação verbal pode ser uma mistura de fala significativa + fala peculiar como jargões; comerciais de TV; jogo de futebol; reportagem sobre o tempo + ecolalia + inversão pronominal. Quando há fala significativa podem estar presentes um excessivo questionamento e preocupação com tópicos específicos.
3,5	

4	**Grau severo:** Não há fala significativa; há grunhidos, gritos, sons que lembram animais ou até sons mais complexos que se aproximam da fala humana. A criança pode mostrar persistente e bizarro uso de conhecimento de algumas palavras ou frases.

12 - Comunicação não-verbal	
Pontos	Sintomas
1	**Normal:** A comunicação não-verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** O uso da comunicação não-verbal é imaturo, p.ex: a criança somente aponta/mostra sem precisão o que quer numa situação em que a criança normal de mesma idade aponta ou demonstra por gestos de forma mais significativa o que quer.
2,5	
3	**Grau moderado:** A criança é incapaz, geralmente, de expressar necessidades e desejos através de meios não-verbais, assim como é, geralmente, incapaz de compreender a comunicação não-verbal dos outros. Pegam na mão do adulto o levando ao objeto desejado, mas são incapazes de mostrar através de gestos o objeto desejado.
3,5	
4	**Grau severo:** Há somente uso de gestos bizarros e peculiares que não aparentam significado. Demonstram não terem conhecimento do significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

13 - Atividade	
Pontos	Sintomas
1	**Normal:** A atividade é apropriada a situação e a idade da criança, quando comparada a outras.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** Pode haver uma leve inquietação ou alguma lentidão de movimentos. O grau de atividade interfere somente de forma leve no desempenho da criança. Geralmente é possível encorajar a manter um nível adequado de atividade.
2,5	
3	**Grau moderado:** A criança pode ser inquieta e ter dificuldade de ficar quietar. Pode aparentar ter uma quantidade infinita de energia e não querer/ter vontade de dormir a noite. Pode também ser letárgica e exigir grande esforço para modificação deste comportamento. Podem não gostar de jogos que requeiram atividade física e assim “passar” por preguiçosos.
3,5	
4	**Grau severo:** Há demonstração de níveis de atividade em seus extremos: hiper ou hipo, podendo também passar de uma para outra. É difícil o manejo desta criança. Quando há hiper-atividade ela está presente em todos os níveis do cotidiano, sendo necessário quase que um constante acompanhamento por parte de

	um adulto. Se a criança é letárgica é muito difícil motivá-la a alguma atividade.

14 - Grau e consistência das respostas da inteligência	
Pontos	Sintomas
1	**Normal:** A criança é inteligente como uma criança normal de sua idade não havendo nenhuma habilidade não-usual ou problema.
1,5	
2	**Grau leve de anormalidade:** A criança não é tão inteligente quanto uma criança de mesma idade e suas habilidades apresentam um atraso global em todas as áreas, de forma equitativa.
2,5	
3	**Grau moderado:** Em geral a criança não é tão inteligente quanto outra de mesma idade, entretanto há algumas áreas intelectivas que o funcionamento beira o normal.
3,5	
4	**Grau severo:** Mesmo em uma criança que geralmente não é tão inteligente quanto uma normal de mesma idade, pode haver um funcionamento até melhor em uma ou mais áreas. Podem estar presentes certas habilidades não-usuais como p.ex: talento para música, ou facilidade com números.

15 - Impressão geral	
Pontos	Sintomas
1	**Não há autismo:** A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	**Autismo de grau leve:** A criança apresentou somente alguns poucos sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	**Autismo de grau moderado:** A criança apresentou um número de sintomas ou um moderado grau de autismo.
3,5	
4	**Autismo de grau severo:** A criança apresentou muitos sintomas ou um grau severo de autismo.

Pontuação

- A contagem total do teste será feita no final, durante a coleta das informações deve-se ter em mente que o comportamento da criança deve ser balizado com outra (normal) de mesma idade.
- As “notas” variam de 1 a 4.
- A “nota” 1 significa que o comportamento está dentro dos limites da normalidade para outra criança de mesma idade.

- A “nota” 2 é “dada” para quando houver pequena anormalidade, quando comparada a outra criança de mesma idade.
- A 3 indica que a criança examinada apresenta um grau moderado de comprometimento no assunto pesquisado.
- A 4 é para aquela cujo comportamento é severamente anormal para a idade.
- Os meios pontos são para serem usados quando o comportamento se situar entre os dois itens.

Resultado final:

- Normal: 15 – 29,5,
- Autismo leve/moderado: 30 – 36,5,
- Autismo grave: acima 37.

ANEXO G - IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Silva, M.A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D.R. 2020.

DE 36 A 72 MESES (VOL. 3)

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.

Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

O protocolo é precedido por um caderno de **INSTRUÇÕES,** onde os pais e/ou responsáveis são orientados sobre a maneira como as perguntas serão respondidas. As perguntas abrangem os domínios do desenvolvimento: cognitivo, socioemocional, comunicação e linguagem, motor e comportamento adaptativo.

O cuidador deve responder com sinceridade, pensado no desenvolvimento atual da criança.

Para as respostas pode-se responder

Sim: quando **já faz** o que está escrito sem dificuldade, ou se já fez.

Às vezes: quando **faz ás vezes** o que está escrito, mesmo com dificuldade.

Ainda não: ainda não faz o que está escrito.

O caderno é composto por todas as habilidades mencionadas acima.

DOMÍNIO – COGNITIVO

As habilidades cognitivas que este instrumento avalia se relacionam com a formação de conceitos, simbolização, abstração, percepção, atenção, velocidade de processamento da informação, processamento visuoespacial, solução de problemas e memória.

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.
Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

DOMÍNIO – SOCIOEMOCIONAL

Avalia a habilidade da criança em perceber sentimentos e emoções, dela mesma e dos outros. Inclui habilidade empatia, apego e capacidade de estabelecer e manter relações.

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.
Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

DOMÍNIO – COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM RECEPTIVA

Avalia as habilidades das crianças em compreender a fala e também de reconhecer a comunicação não verbal.

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.

Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

DOMÍNIO – COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM EXPRESSIVA

Avalia as habilidades da criança em se comunicar através da linguagem verbal, podendo usar gestos para se comunicar, através da expressão verbal, transmitir informações e instruções que são importantes para a interação social.

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.

Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

DOMÍNIO – MOTRICIDADE AMPLA

Avalia as habilidades como andar, sentar, correr, ficar em pé e equilibrar-se.

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.

Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

DOMÍNIO – MOTRICIDADE FINA

Avalia as habilidades da criança para alcançar, agarrar e manipular objetos. Analisa a coordenação dos músculos pequenos do corpo.

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.

Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

DOMÍNIO – COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

O domínio – comportamento adaptativo inclui cuidados pessoais, percepção sensorial, se consegue estabelecer e manter relacionamentos, se comunica suas necessidades e sentimentos.

De modo a não infringir os princípios éticos de confidencialidade e sigilo o material do IDADI – Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, não será publicado na íntegra.

Material disponível em:

Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *IDADI: Inventário Dimensional do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Vetor.

ANEXO G - Roteiro para registro contínuo dos atendimentos

BETNZEN, W. R. *Guia para observação e registro do comportamento infantil*. 2021.

DESCRIÇÃO NARRATIVA ILUSTRATIVA
Nome do observador:
Criança(s) observada(s):
Idade da criança: ___anos e ____ meses Sexo da criança: Feminino() Masculino ()
Contexto de observação: grupo/CAPS IJ
Data de observação: Horário de início: Horário de término:
Breve descrição das características físicas e sociais do ambiente de observação
Descrições comportamentais objetivas (DCOs) e interpretações: descrição narrativa
DCO 1: Criança 1 (idade): Horário de início: Horário de término:
Interpretação 1: Criança 1:
DCO 2: Criança 2 (idade): Horário de início: Horário de término:
Serão utilizadas DCOs o quanto desejar ou for necessário
Interpretação 2: Criança 2:
Resumo criança 1:
Resumo criança 2:
Semelhanças criança 1 com criança 2:
Diferenças: Criança 1 com Criança 2: