

Katia Badin Braz Campo

**INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO PARENTAL NA
COMUNICAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR COM
PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO**



Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2022

Katia Badin Braz Campo

**INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO PARENTAL NA
COMUNICAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR COM
PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO**



Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2022

Katia Badin Braz Campo

**INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO PARENTAL NA
COMUNICAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR COM
PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Ciências da Educação: Educação
Especial, sob orientação Professora Doutora Maria de
Fátima Paiva dos Santos Coelho

RESUMO

O presente estudo busca verificar a influência de um programa de treinamento parental no desenvolvimento da comunicação social de crianças diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) em idade pré-escolar. Procura-se compreender se um programa que vise o treinamento parental, propicia o desenvolvimento da comunicação social dessas crianças nos parâmetros de Atenção Compartilhada e Contato Visual; nas Habilidades Comunicacionais; no Espaço Comunicativo e Meios Comunicativos em crianças com PEA. Buscaremos compreender se as crianças com diagnósticos de autismo quando estimuladas por seus pais conseguem ampliar as habilidades comunicacionais após o período de treinamento parental. A pesquisa foi aplicada em 5 crianças do município de Rio de Janeiro, com idades entre 3 e 5 anos. Quanto à metodologia, optou-se por uma investigação que se apresenta com o foco de pesquisa qualitativa, a partir dos fundamentos teóricos do Modelo Denver de Intervenção Precoce e do programa de intervenção precoce balizado na conexão afetiva e no desenvolvimento de comportamentos típicos relativos à interação social em crianças com PEA. Ambos os programas visavam estimular a reciprocidade socioemocional e ampliar as iniciativas comunicacionais do indivíduo, além de apoiar e estimular o desenvolvimento geral. Os pais participantes do estudo receberam instrução teórico-prática durante seis sessões onde eram propostas dinâmicas lúdico-interativas com seus filhos. Todas as crianças foram avaliadas inicialmente e ao final do treinamento parental, totalizando oito sessões. As famílias receberam orientações acerca do desenvolvimento infantil, sobre a importância de estabelecer relações de afeto e de seguir a liderança da criança durante a brincadeira, variando o uso de estratégias, a partir da motivação da criança. Observou-se inicialmente nas crianças do estudo, uso predominante de funções menos interativas e dificuldades no nível de engajamento social, diminuição das iniciativas comunicacionais e déficits no estabelecimento de interações recíprocas e intencionais. Conclui-se que todas as crianças submetidas ao estudo ampliaram suas habilidades comunicacionais e o uso de funções mais interativas, ou seja, com intenção de comunicação interpessoal. Constatou-se incremento no nível de engajamento social e maior conexão afetiva com a avaliadora na sessão de reavaliação, onde foram percebidas interações qualitativamente mais recíprocas. As crianças aumentaram as iniciativas de comunicação exibindo o incremento de 3 atos comunicativos na média geral. Quatro das cinco crianças apresentaram redução no uso de funções menos interativas. Considera-se que a implementação da intervenção pelos pais deve ser agregada aos programas regulares de intervenção de saúde aos indivíduos com PEA, buscando minimizar os déficits que a perturbação ocasiona no desenvolvimento da comunicação social e no comportamento adaptativo. Esta modalidade de intervenção implementada pelos pais, a partir do treinamento parental, oportuniza a promoção do desenvolvimento geral da criança com PEA e qualifica as famílias de baixa renda, que não conseguem acessar tratamentos para seus filhos, seja pela escassez de vagas em serviços públicos ou pelo alto custo dos serviços profissionais especializados.

Palavras-Chave: Programa de Treinamento Parental. Comunicação Social. Perturbação do Espectro do Autismo.

ABSTRACT

The present study seeks to verify the influence of a parental training program on the social communication development of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) at preschool age. It seeks to understand whether a program aimed at parental training promotes the development of these children's social communication in the parameters of Shared Attention and Visual Contact; in Communication Skills; in the Communicative Space and Communicative Means in children with ASD. We will seek to understand whether children with autism diagnoses, when stimulated by their parents, are able to expand their communication skills after the period of parental training. The research was applied to 5 children from the city of Rio de Janeiro, aged between 3 and 5 years. As for the methodology, we opted for an investigation that is presented with the focus of qualitative research, from the theoretical foundations of the Denver Early Intervention Model and the early intervention program based on affective connection and the development of typical behaviors related to interaction in children with ASD. Both programs aimed to stimulate socio-emotional reciprocity and expand the individual's communication initiatives, in addition to supporting and stimulating general development. The parents participating in the study received theoretical-practical instruction during six sessions where playful-interactive dynamics were proposed with their children. All children were evaluated initially and at the end of parental training, totaling eight sessions. Families received guidance on child development, on the importance of establishing relationships of affection and following the child's lead during play, varying the use of strategies, based on the child's motivation. It was initially observed in the children of the study, predominant use of less interactive functions and difficulties in the level of social engagement, reduction of communication initiatives and deficits in the establishment of reciprocal and intentional interactions. It is concluded that all the children submitted to the study expanded their communication skills and the use of more interactive functions, that is, with the intention of interpersonal communication. There was an increase in the level of social engagement and greater affective connection with the evaluator in the reassessment session, where qualitatively more reciprocal interactions were perceived. Children increased communication initiatives, showing an increase of 3 communicative acts in the general average. Four of the five children showed a reduction in the use of less interactive functions. It is considered that the implementation of the intervention by the parents should be added to the regular health intervention programs for individuals with ASD, seeking to minimize the deficits that the disturbance causes in the development of social communication and adaptive behavior. This modality of intervention implemented by parents, based on parental training, provides an opportunity to promote the general development of children with ASD and qualifies low-income families, who cannot access treatments for their children, either because of the scarcity of places in public services or due to the high cost of specialized professional services.

Keywords: Parental Training Program. Social Communication. Autism Spectrum Disorder.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe que sempre foi o farol que iluminou os meus caminhos, minha maior fã, minha melhor amiga, meu registro de mulher e mãe.

Ao meu pai (*in memoriam*) que me ensinou a ser simples, a fazer piadas e a tornar a vida mais divertida e leve.

Ao meu marido que é meu eterno namorado e representa toda a expressão de amor.

Aos meus filhos que são os maiores e melhores presentes que a vida pôde me dar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela família que eu tenho e por toda graça que recebo diariamente.

Agradeço a minha querida e estimada orientadora, Dr^a Fátima Paiva Coelho, por orientar e guiar minhas ideias nesta pesquisa. Seu apoio e incentivo foram combustíveis fundamentais para este estudo.

Aos mestres, João Casanova de Almeida, Luísa Saavedra, Suzana Marinho e Teresa Ventura que transmitiram brilhantemente seus conhecimentos.

Aos psiquiatras, Dr^o Fabio Barbirato e Dr^a Gabriela Dias, por todas as oportunidades de aprendizado e pela imensa amizade.

Às queridas amigas e parceiras, Daniela Carim, Gisele Viegas, Andrea Lobarinhas, Edlamar Correa e Silvana Cavalcante, por toda confiança e crescimento profissional.

Às queridas amigas e companheiras de trabalho Vanessa de Freitas Mello e Amanda Paiva por todo apoio incondicional.

Às queridas amigas e parceiras de vida Elizabeth Kovac, Teresa Ruas, Erika Campos, gratidão à Deus por vocês existirem.

Às psicólogas Mariana Braido, Lilian Fernandes Fernandes, Carolina Salviano e Mariana Seize por tantas trocas e caminhos percorridos.

À todas as famílias e crianças que passaram e estão na minha vida, tornando-se o meu maior propósito.

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	v
ABSTRACT	vi
DEDICATÓRIA.....	vii
AGRADECIMENTOS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xv
I – INTRODUÇÃO	- 1 -
II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	- 4 -
2.1. A PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO	- 4 -
2.1.1. <i>Diagnóstico e Tratamento</i>	- 4 -
2.1.2. <i>Intervenção Precoce</i>	- 10 -
2.1.3. <i>Habilidades sociocomunicacionais das crianças com PEA</i>	- 11 -
2.1.4. <i>O desenvolvimento da Comunicação Social</i>	- 14 -
2.2. PROGRAMA DE TREINAMENTO PARENTAL NA COMUNICAÇÃO SOCIAL	- 16 -
2.2.1. <i>Desenho do Modelo de Intervenção</i>	- 16 -
2.2.2. <i>O Treinamento Parental</i>	- 18 -
2.2.3. <i>O estímulo parental no processo de desenvolvimento da comunicação social de crianças com PEA</i>	- 21 -
III – ESTUDO EMPÍRICO	- 24 -
1. Contextualização da problemática do estudo	- 24 -
2. Objetivos do Estudo.....	- 26 -
3. Metodologia.....	- 26 -
4. Procedimentos	- 27 -
5. Instrumentos	- 28 -
6. Caracterização dos Participantes	- 29 -
7. Apresentação dos Resultados	- 32 -
IV – Conclusão	- 68 -
Referências	- 70 -

V – ANEXOS	- 76 -
ANEXO 01 – Parecer do Comitê da Plataforma Brasil.....	- 76 -
ANEXO 02 – Autorização da Santa Casa	- 84 -
ANEXO 03 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	- 85 -
ANEXO 04 – Avaliação da Cognição Social.....	- 88 -
ANEXO 05 – Protocolo da Pragmática - ABFW	- 90 -
ANEXO 06 – Caracterização dos Pais	- 91 -
ANEXO 07 – Grelhas das Sessões	- 92 -

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação da interação complexa entre características genéticas e os riscos ambientais..... - 7 -

Figura 2. Prédio da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro..... - 24 -

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Níveis de Desenvolvimento da Comunicação	- 13 -
Quadro 2. Avaliação dos Participantes.....	- 32 -
Quadro 3. Participante 1 - Avaliação Inicial	- 34 -
Quadro 4. Participante 2 - Avaliação Inicial	- 36 -
Quadro 5. Participante 3 - Avaliação Inicial	- 39 -
Quadro 6. Participante 4 - Avaliação Inicial	- 42 -
Quadro 7. Participante 5 - Avaliação Inicial	- 44 -
Quadro 8. Ampliar a Atenção Conjunta	- 47 -
Quadro 9. Manter a Atenção Conjunta.....	- 48 -
Quadro 10. Reavaliação dos Participantes	- 49 -
Quadro 11. Participante 1 - Sessão de Reavaliação.....	- 50 -
Quadro 12. Participante 2 - Sessão de Reavaliação.....	- 53 -
Quadro 13. Participante 3 - Sessão de Reavaliação.....	- 56 -
Quadro 14. Participante 4 - Sessão de Reavaliação.....	- 59 -
Quadro 15. Participante 5 - Sessão de Reavaliação.....	- 63 -

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Evolução do diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo no DSM- 5 -	
Tabela 2. Modelos de Intervenção Precoce	- 17 -
Tabela 3. Modelos de Intervenção Precoce	- 20 -
Tabela 4. Avaliação da Cognição Social: Atenção Compartilhada e Contato Visual-	22 -
Tabela 5. Caracterização dos Pais e das Crianças	- 31 -
Tabela 6. Participante 1 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 34 -
Tabela 7. Participante 1 - Habilidades Comunicacionais.....	- 35 -
Tabela 8. Participante 1 - Espaço Comunicativo.....	- 35 -
Tabela 9. Participante 1 - Meios Comunicativos.....	- 36 -
Tabela 10. Participante 2 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 37 -
Tabela 11. Participante 2 - Habilidades Comunicacionais	- 37 -
Tabela 12. Participante 2 - Espaço Comunicativo.....	- 38 -
Tabela 13. Participante 2 - Meios Comunicativos.....	- 38 -
Tabela 14. Participante 3 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 39 -
Tabela 15. Participante 3 - Habilidades Comunicacionais	- 40 -
Tabela 16. Participante 3 - Espaço Comunicativo.....	- 41 -
Tabela 17. Participante 3 - Meios Comunicativos.....	- 41 -
Tabela 18. Participante 4 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 42 -
Tabela 19. Participante 4 - Habilidades Comunicacionais	- 43 -
Tabela 20. Participante 4 - Espaço Comunicativo.....	- 43 -
Tabela 21. Participante 4 - Meios Comunicativos.....	- 44 -
Tabela 22. Participante 5 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 45 -
Tabela 23. Participante 5 - Habilidades Comunicacionais	- 45 -
Tabela 24. Participante 5 - Espaço Comunicativo.....	- 46 -
Tabela 25. Participante 5 - Meios Comunicativos.....	- 47 -
Tabela 26. Participante 1 - Reavaliação da Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	
.....	- 51 -
Tabela 27. Participante 1 - Reavaliação das Habilidades Comunicacionais	- 52 -
Tabela 28. Participante 1 - Reavaliação do Espaço Comunicativo	- 52 -
Tabela 29. Participante 1 - Reavaliação dos Meios Comunicativos.....	- 53 -
Tabela 30. Participante 2 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 54 -

Tabela 31. Participante 2 - Habilidades Comunicacionais	- 54 -
Tabela 32. Participante 2 - Espaço Comunicativo.....	- 55 -
Tabela 33. Participante 2 - Meios Comunicativos.....	- 56 -
Tabela 34. Participante 3 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 57 -
Tabela 35. Participante 3 - Habilidades Comunicacionais	- 57 -
Tabela 36. Participante 3 - Espaço Comunicativo.....	- 58 -
Tabela 37. Participante 3 - Meios Comunicativos.....	- 59 -
Tabela 38. Participante 4 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 60 -
Tabela 39. Participante 4 - Habilidades Comunicacionais	- 61 -
Tabela 40. Participante 4 - Espaço Comunicativo.....	- 62 -
Tabela 41. Participante 4 - Meios Comunicativos.....	- 62 -
Tabela 42. Participante 5 - Atenção Compartilhada e Contato Visual.....	- 63 -
Tabela 43. Participante 5 - Habilidades Comunicacionais	- 64 -
Tabela 44. Participante 5 - Espaço Comunicativo.....	- 64 -
Tabela 45. Participante 5 - Meios Comunicativos.....	- 65 -

LISTA DE ABREVIATURAS

ABA	<i>Applied Behavior Analysis</i>
ABFW	Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática
AC	Atenção Compartilhada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AR	Auto Regulatória
CAA	Comunicação Aumentativa e Alternativa
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
DIR	<i>Developmental Individual Differences Relationship</i>
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
E	Exibição
ESDM	<i>Early Start Denver Model</i>
EP	Expressão de Protesto
EUA	Estados Unidos da América
E.V.A.	Etileno Acetato de Vinila
EX	Exclamativa
IAC	Iniciativa de Atenção Compartilhada
J	Jogo
JC	Jogo Compartilhado
N	Nomeação
NF	Não Focalizada
PA	Pedido de Ação
PE	Performativa
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PECS	<i>Picture Exchange Communication System</i>
PI	Pedido de Informação
PO	Pedido de Objeto

PPD	Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento
PR	Protesto
PRAPRE-PEA	Programa de Atendimento a Pré-escolares com Perturbação do Espectro do Autismo
PS	Pedido de Rotina Social
PSR	Programa Son-Rise
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAC	Resposta a Atenção Compartilhada
RE	Reativa
RJ	Rio de Janeiro
RO	Reconhecimento do Outro
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
XP	Exploratória

I – INTRODUÇÃO

1.1. Definição do tema

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é definida como uma perturbação do neurodesenvolvimento que traz aos sujeitos dificuldades na interação, na comunicação e no comportamento social. Para além do distúrbio do desenvolvimento, há também problemas emocionais, cognitivos, motores e sensoriais associados (Miele & Amato, 2016).

Ao considerar a grande variabilidade e complexidade dos sintomas, que mudam com o decorrer do desenvolvimento, os novos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) sugerem que o diagnóstico de PEA deve ser acompanhado por especificadores relativos à cognição (com ou sem deficiência intelectual), ao uso funcional da linguagem (com ou sem oralidade, fala telegráfica, fala inteligível, entre outros descritores), à presença ou não de alguma condição médica, genética, ambiental ou outro transtorno do neurodesenvolvimento e, finalmente, ao grau de gravidade das manifestações (APA, 2013). Este último especificador está associado ao nível de suporte necessário, relacionado à comunicação social e aos comportamentos restritos e repetitivos, para que os indivíduos com PEA possam se adaptar aos múltiplos contextos ambientais. Quanto maior a gravidade, maior o nível de desadaptação social do sujeito e a necessidade, portanto, de receber suporte.

O DSM-5 considera nível leve (nível 1): sujeitos que necessitam de algum tipo de auxílio, por apresentarem prejuízos comunicacionais, manifestados por pouca iniciativa ou fraco interesse em estabelecer interações sociais. Há comportamentos repetitivos e interesses fixos que podem gerar prejuízos no funcionamento e nas atividades em algum contexto, contudo, quando os sujeitos são redirecionados, exibem resistência à mudança, mas conseguem retomar a atividade. Nível moderado (nível 2): sujeitos que possuem déficits marcados no uso da linguagem verbal e não verbal, mas que com apoio substancial conseguem estabelecer interações sociais. Os comportamentos repetitivos e interesses fixos aparecem frequentemente e interferem no funcionamento das atividades do cotidiano. Quando tais comportamentos são redirecionados, há evidente angústia no

indivíduo e somente algumas vezes este consegue ser redirecionado à atividade. Nível grave (nível 3): os sujeitos considerados graves possuem prejuízos sistemáticos na comunicação e na interação social, mesmo recebendo suporte substancial. Observa-se grande estresse e angústia quando seus rituais são interrompidos e dificilmente conseguem ser redirecionados às atividades propostas.

Com prevalência de 1% da população nos Estados Unidos e em outros países, segundo o DSM-5 (APA, 2013), o aumento substancial no número de casos ainda não foi totalmente esclarecido. A discussão fica em torno das questões que justificariam a elevação dessa incidência. A ampliação dos critérios de inclusão do DSM-5 teria favorecido o diagnóstico de casos leves antes não diagnosticados? O aumento da conscientização sobre a PEA ampliou a identificação dos indivíduos acometidos? A grande variedade de instrumentos de avaliação e rastreio, com bases metodológicas diferentes, levou à ampliação diagnóstica de falsos positivos? O aumento da prevalência é realmente um maior surgimento de casos de autismo?

Estudos revelam que crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) que receberam intervenção precoce intensiva, apresentaram melhor desenvolvimento geral, do que as crianças que iniciaram as intervenções mais tardiamente (Dawson et al., 2010). O grande desafio para pais e profissionais da área da saúde e educação é a informação sobre os sinais característicos da perturbação, para que, através de um diagnóstico efetivo, possa ser oferecida a intervenção precoce que, reconhecidamente, aumenta as chances de minimizar as alterações ao longo da vida.

Os modelos de intervenção precoce que são considerados mais eficazes, possuem um desenho mais estruturado do plano de ensino e maior intensidade no número de horas de estimulação (Rogers et al., 2012). Estabelecem metas a curto prazo e constroem objetivos claros para que todos os envolvidos possam ser capazes de replicar as estratégias de intervenção em múltiplos ambientes. Visam, através de uma prática intensiva, promover o desenvolvimento das habilidades sociocognitivas globais e ampliar as possibilidades de maior autonomia na vida adulta.

Ao refletirmos sobre a importância das famílias serem mais atuantes nos planos de intervenção de seus filhos, a fim de garantir maior número de horas de estimulação e, após analisarmos a bibliografia especializada sobre a implementação de planos considerados mais eficazes, compreendemos a necessidade de implementar os programas de treinamento parental que auxiliam na execução de metas básicas e de cuidados essenciais.

O objetivo geral desta pesquisa é verificar a influência de um programa de treinamento parental no desenvolvimento da comunicação social de crianças diagnosticadas com PEA em idade pré-escolar.

O estudo visa verificar se o treinamento parental propicia o desenvolvimento da comunicação social em crianças com PEA. Buscaremos compreender se as crianças com diagnósticos de autismo quando estimuladas por seus pais conseguem ampliar as habilidades comunicacionais, após o período de treinamento parental.

Este trabalho está dividido em IV Capítulos. No capítulo I, será apresentada a definição do tema e as questões levantadas que traçaram os objetivos da pesquisa. O capítulo II foi subdividido nas características nucleares da PEA: definição e historicidade, a importância da Intervenção Precoce, descrição das Habilidades Sociocomunicacionais e desenvolvimento da Comunicação Social. Ainda neste capítulo, serão feitas reflexões acerca do Treinamento Parental e a importância dos pais na estimulação das Habilidades Sociocomunicativas. O capítulo III se referirá ao estudo empírico, onde será contextualizada a problemática do estudo, o local de realização da pesquisa, a caracterização da amostra e a descrição das sessões realizadas. No capítulo IV, será feita a discussão dos resultados obtidos, à luz da problemática que motivou a pesquisa, correlacionando os dados observados com a base bibliográfica.

II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

2.1.1. *Diagnóstico e Tratamento*

O diagnóstico da Perturbação do Espectro Autista é feito clinicamente, a partir do levantamento do histórico desenvolvimental da criança acrescido de observação comportamental, onde devem ser constatados prejuízos que afetam a interação social e a comunicação, assim como a presença de comportamentos atípicos, repetitivos e estereotipados, observados em múltiplos contextos ambientais. Os déficits na interação social costumam ser relatados pelos pais, por uma diminuição do comportamento de busca por indivíduos da mesma idade e tendência para realizar brincadeiras de forma isolada. São, ainda, mencionados comumente um perfil sensorial incomum que gera hiper ou hipo reatividade a sons, texturas, estímulos visuais, sabores, movimentos, entre outros (Duarte et al., 2016).

A investigação médica necessita ser complementada por equipe multiprofissional composta por outros profissionais da área da saúde, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos, assim como por profissionais da área da educação – pedagogos. Torna-se, fundamental, investigar de forma mais aprofundada o perfil cognitivo, de linguagem, o perfil sensorial e de aprendizagem, a fim de que se possa dimensionar áreas de força e déficits para criar subsídios para um plano de intervenção individual mais apropriado.

O diagnóstico é clínico, realizado através da observação comportamental da criança e entrevista com os pais. Muitas vezes é requerida a ajuda de outros profissionais, como fonoaudiólogos, psicólogos e pedagogos. Durante a avaliação comportamental, o médico faz um rastreamento do desenvolvimento da criança, buscando identificar se ela está aprendendo as habilidades básicas referentes à fala, à linguagem corporal e ao comportamento social. Um atraso em qualquer dessas áreas pode ser sinal de um problema de desenvolvimento (Vieira & Baldin, 2017, pp.4-5).

A comunidade científica demorou a chegar a um consenso que permitisse a homogeneização dos critérios diagnósticos do PEA. Pesquisas internacionais

multicêntricas e a eleição de protocolos de rastreio com padrão elevado de sensibilidade, passaram a ser mais estudados e utilizados por profissionais de todo o mundo. Ocorreram muitas mudanças na nosografia do quadro clínico e nas bases conceituais para o diagnóstico. Embora o termo autismo tenha sido cunhado no início do século XIX pelo psiquiatra suíço Engen Bleuler, em 1911, somente após o estudo de Kaner, em 1943, e de Hans Asperger, em 1944, que o autismo começou a ser mais conhecido e estudado, embora associado até quase o final da década de 70, à sintomas ou a reações de quadros de esquizofrenia.

A primeira publicação do Manual Diagnóstico Estatístico das Doenças Mentais – DSM, em 1952, corroborou com as concepções de Kanner e Aspeger. Somente 28 anos após essa publicação que o PEA foi categorizado como entidade nosológica pelo DSM, segundo evolução descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Evolução do diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo no DSM

Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM		Número do Manual	Data da Publicação	Nosografia
		I	1952	Nesta edição, o autismo aparece dentro de um subgrupo da esquizofrenia - “Reação Esquizofrênica Infantil”.
		II	1968	Na segunda edição, o autismo continuou sendo considerado uma manifestação da esquizofrenia - “Esquizofrenia, tipo infantil”.
		III	1980	A terceira edição do manual foi influenciada pelos critérios diagnósticos de Rutter sobre o autismo em 1978 e pelo avanço das pesquisas relacionadas ao tema. Além de ser reconhecido como uma perturbação do desenvolvimento, o autismo foi

				colocado na classe das “Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento”.
		III-R	1987	Manteve as características da edição publicada em 1980.
		IV	1994	A quarta edição do manual, a partir de um estudo internacional multicêntrico, realizado por mais de cem avaliadores clínicos, trouxe novos critérios potenciais para o diagnóstico de autismo, assim como ampliação da inclusão de quadros mais leves e funcionais, como a Síndrome de Asperger na classe das Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento (PPD).
		IV-TR	2000	Esta revisão trouxe textos atualizados sobre o autismo, contudo, foram mantidos os critérios diagnósticos do DSM-IV.
		V	2013	A quinta edição do DSM eliminou os subtipos da Perturbação do Espectro do Autismo e redimensionou os diversos quadros em um amplo espectro que engloba desde os casos mais graves, aos casos mais leves e mais funcionais. Reformulou os critérios diagnósticos em dois domínios de manifestação que incluem: a) alterações na comunicação e interação social. b) comportamentos repetitivos e estereotipados.

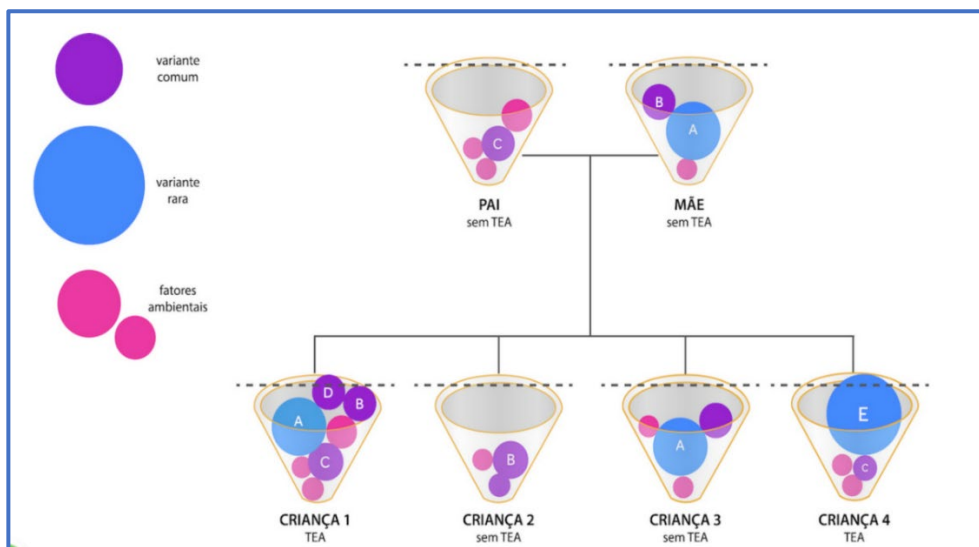
Fonte: Coutinho et al., 2013; Silva e Elias, 2020.

A historicidade da perturbação do espectro do autismo passou por mudanças profundas tanto no âmbito conceitual, quanto ao que tange aos fatores causais e aos critérios diagnósticos.

Indubitavelmente, a psicanálise foi um dos modelos teóricos e técnicos que mais influenciaram a classificação diagnóstica até a metade da década de 70, contudo, com a constatação de sua origem neurobiológica, a perturbação do espectro do autismo mudou do eixo paradigmático e saiu do grupo dos transtornos mentais e passou para o grupo dos transtornos do desenvolvimento (Rutter, 1978; Bailey et al., 1995; Oliveira & Souza, 2021).

Os grandes avanços no campo da genética também trouxeram contribuições importantes para a compreensão do autismo. Estudo que utilizou como base a população de cinco países, num total de 2 milhões de indivíduos, evidenciou alta incidência da herdabilidade genética nos indivíduos com PEA, cerca de 81% dos casos investigados (Bai et al., 2019). Outra pesquisa realizada com indivíduos com PEA que não estavam associados a nenhuma síndrome genética revelaram a complexidade de uma herança multifatorial (Hoang et al., 2017), extremamente peculiar, no qual as características genéticas e os riscos ambientais interagem gerando um perfil de combinação aditiva.

Figura 1. Representação da interação complexa entre características genéticas e os riscos ambientais



Fonte: <https://tismoo.us/tag/graciela-pignatari/>.

Embora sejam atribuídos como fatores causais algumas variáveis relacionadas ao ambiente, como por exemplo: infecções, uso de medicamentos e injúrias durante a gestação, algumas respostas relacionadas à interação ou correlação entre a base genética

e a base ambiental não foram plenamente respondidas. Em contra partida, a evolução de novos testes moleculares, ampliaram a identificação dos fatores causais de cerca de 25% dos casos. Esses dados seriam extremamente positivos se não fosse observado na prática, um baixo número de famílias que podem ter acesso aos exames e ao aconselhamento genético (Griesi & Sertié, 2017; Selkirk et al., 2009).

Todas as dificuldades e desafios enfrentados pelas famílias até que seus filhos recebam o diagnóstico de PEA, muitas vezes, retardam o acesso ao tratamento adequado.

Segundo Onzi e Gomes (2015), são os pais que detectam os primeiros sinais da perturbação, porém, o tempo percorrido entre a detecção dos sintomas iniciais e o fechamento do diagnóstico clínico, leva-os a sentirem grande angústia e incertezas. Torna-se então fundamental que os profissionais que realizam esses diagnósticos possam direcionar as ações primordiais, frente aos cuidados e intervenções básicas que a criança irá requerer. Esta organização e acolhimento às famílias traz segurança à nova fase de adaptação após o recebimento do diagnóstico.

De acordo com Backes, Zanon e Bosa (2017), no Brasil, embora sejam perceptíveis aos pais alguns marcadores de risco na primeira infância, muitas crianças só recebem o diagnóstico com idade escolar. No estudo realizado acima, a idade média da realização do diagnóstico foi aos cinco anos e o tempo médio entre a detecção dos primeiros sinais de alerta e o fechamento oficial do diagnóstico foi de três anos.

Embora o quadro clínico do indivíduo com PEA seja amplamente explicitado pelo DSM-5, na prática, estabelecer o diagnóstico não é tão simples quanto parece, uma vez que, a heterogeneidade dos sintomas torna o espectro extremamente amplo, dificultando, por exemplo, a identificação de casos mais leve. Embora os sintomas devam estar presentes desde a infância, podem não se manifestar completamente até que as demandas do ambiente excedam o limite de suas capacidades (APA, 2013).

A identificação precoce e o acesso oportuno aos tratamentos necessários é o que melhor promove a direção do desenvolvimento neurológico e, por conseguinte, favorece as

melhores condições para o indivíduo aprender as habilidades mínimas necessárias para se adaptar às demandas sociais e do ambiente.

Em caso de suspeita de algo estranho ou diferente, o primeiro passo, é falar com o Pediatra ou Médico de Família que habitualmente segue a criança. E, posteriormente, caso a suspeita se mantenha, a criança deve então ser avaliada de forma específica por um pediatra especialista na área do Desenvolvimento Infantil (Costa, 2014, p.46).

Os objetivos nucleares da intervenção com crianças com PEA devem estar centrados na ampliação das habilidades sociais e comunicacionais. Estratégias para a estimulação da reciprocidade socioemocional devem ser planejadas e implementadas no ambiente doméstico, clínico e comunitário, para que se possa ampliar o interesse da criança em se comunicar e interagir. Devem ser oportunizadas múltiplas experiências afetivas durante a brincadeira, capazes de motivar a criança a aprender sobre si própria, sobre os parceiros sociais e sobre o ambiente. Os comportamentos de cuidado pessoal podem ser ensinados o quanto antes, a fim de desenvolver a autonomia e favorecer o desenvolvimento cognitivo diante da resolução de problemas. A família deverá receber orientações e apoio para lidar com as manifestações comportamentais do autismo e aprender estratégias que visem mitigar possíveis comportamentos desadaptativos (Mota, Vieira & Nuernberg, 2020; Bosa, 2006).

Corroborando com o que foi discorrido anteriormente, Sillos et al. (2020), aponta que para além dos objetivos centrais para o tratamento do autismo, o profissional deve ter conhecimento aprofundado sobre o tema, experiência clínica e, sobretudo, habilidade para acolher e lidar com a família. Neste sentido, as condições do tratamento precisam ser estabelecidas de forma humanizada. É fundamental dimensionar o estado emocional do indivíduo com PEA e de seus familiares, direcionando a intervenção clínica para a ampliação do desenvolvimento de comportamentos adaptativos e à compreensão das limitações funcionais. Deve-se buscar potencializar o desempenho funcional do sujeito e para isso, o acompanhamento feito por uma equipe multidisciplinar, com profissionais envolvidos com os domínios comportamentais, emocionais, cognitivos e de linguagem, em suas dimensões verbal, não verbal e escrita, irão garantir melhor inserção do sujeito com PEA na sociedade (Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Perturbação do Espectro do Autismo/Ministério da Saúde, 2013).

Em contra partida, de acordo com Montenegro e Casella (2018), o tratamento apropriado que garante maior eficácia para os indivíduos com PEA, muitas vezes, não se torna a opção escolhida para mais de 80% das famílias. Mesmo àquelas que possuem condições para acessar os profissionais e os tratamentos indicados, buscam por práticas alternativas, que não evidenciam comprovação científica, podem gerar riscos à saúde e levam a gastos desnecessários.

2.1.2. Intervenção Precoce

A identificação precoce da PEA ainda continua sendo o foco de diversos estudos (Rogers & Vismara, 2014; Murari & Micheletto, 2018; Wetherby, 2021), uma vez que, quanto mais cedo o sujeito é diagnosticado, maiores são as chances de receber intervenção precoce (Koegel et al., 2014), ampliar a possibilidade de desenvolver comportamentos funcionais, assim como maior possibilidade de desenvolver o coeficiente de inteligência verbal (Reichow et al., 2012).

Para ser considerada precoce, a intervenção deverá ser realizada na primeira infância, podendo ocorrer logo após ao nascimento ou após a família receber o diagnóstico (Duarte et al., 2016). Deverá contemplar em seus objetivos, a promoção de nova direção no desenvolvimento geral e garantir ao infante a possibilidade de receber a estimulação necessária para atenuar algum distúrbio ou atraso de origem neurológica, motora, cognitiva, linguística e/ou socioemocional. Para tanto, devem ser rastreadas quais as vulnerabilidades pontenciais que podem distanciar a criança de seu curso natural do desenvolvimento global. Torna-se fundamental criar oportunidades para a criança minimizar suas deficiências e potencializar suas áreas de força, tornando a relação entre déficits e pontenciais mais balanceada, favorecendo a conquista de recursos adaptativos e o desenvolvimento de um comportamento mais resiliente diante das demandas dos ambientes em que ela transitará.

O balisador das primeiras ações rumo à intervenção precoce é o diagnóstico precoce, já comumente ressaltado em pesquisas e pela literatura científica, contudo, ainda não há um consenso sobre o período necessário em que as intervenções devem durar para que o indivíduo com PEA tenha melhor prognóstico.

A realidade brasileira se distancia muito da realidade internacional, no que diz respeito ao diagnóstico e à intervenção precoce, pois, embora, em 26 de abril de 2017, o Presidente da República tenha promulgado a Lei nº 13.438 que tornava obrigatória a adoção de protocolo que estabelecia padrões para avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o diagnóstico para a grande parcela da população é dado tardiamente. Dessa forma, os indivíduos com PEA perdem a oportunidade de serem estimulados no período em que seu cérebro se mostra mais plástico e responsivo às estimulações.

O perfil extremamente peculiar dos indivíduos com PEA e de seus familiares não possibilita a criação de modelos gerais de intervenção, que contemplem todas as orientações e estratégias necessárias para todos os casos. A elaboração de um programa eficiente depende da realização de uma análise dinâmica e detalhada sobre o ambiente, o indivíduo e a família (Badin & Ruas, 2022). Rastrear como é o local onde o indivíduo vive e as atividades rotineiras que realiza, seu nível global de desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e adaptativo, sobre os recursos emocionais dos pais ou cuidadores, assim como qual disponibilidade de tempo que dispõem para a estimulação em casa, é parte das informações consideradas essenciais para a elaboração das metas de intervenção.

Indubitavelmente, a intervenção precoce possibilita melhor prognóstico aos indivíduos com PEA, seja através de um modelo de intervenção desenvolvimentista ou comportamental. Quanto mais cedo o indivíduo for estimulado, melhores serão as chances de redirecionar seu desenvolvimento social e comunicacional e minimizar os danos secundários à cronicidade do quadro clínico (Silva, 2021; Malheiros, et al., 2017; Mota, Vieira & Nuernberg, 2020).

2.1.3. Habilidades sociocomunicacionais das crianças com PEA

As habilidades sociocomunicacionais estão extremamente comprometidas na perturbação do espectro do autismo e geram prejuízos sociais consideráveis que tendem a permanecer ainda na vida adulta (Rosa, Matsukura & Squassoni, 2019; Anderson et al., 2018).

O rebaixamento do interesse social prejudica a qualidade das interações estabelecidas e, por conseguinte, gera dificuldade para o indivíduo adquirir um repertório comunicacional necessário para se adaptar às demandas dos múltiplos contextos sociais.

Segundo Badin e Ruas (2022), o desenvolvimento das habilidades sociocomunicacionais emergem a partir da mobilização das experiências que a criança estabelece desde o nascimento, com o próprio corpo, com o parceiro de interação e com o ambiente. Quanto mais a criança se engaja em interações significativas com o adulto e quanto mais ela tem oportunidade para explorar o ambiente, mais motivação intrínseca ela terá para se comunicar.

Indivíduos com PEA exibem grande variabilidade de manifestações fenotípicas relacionadas à comunicação. Possuem dificuldades sistemáticas para desenvolverem os precursores essenciais para conseguirem transmitir de forma convencional, seus pensamentos. Dependendo da gravidade do caso e do tipo de comorbidade que possua, o indivíduo não conseguirá adquirir e utilizar um sistema de símbolos abstratos, como a fala. Nestes casos, a introdução de uma modalidade de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) proporcionará à criança a possibilidade de expressar suas necessidades básicas e à família as condições mínimas para compreender as solicitações da criança, ampliando assim a qualidade das interações estabelecidas.

Rowland (2004; 2013) e Rowland e Campbell (1998), propuseram sete níveis de desenvolvimento da comunicação e construiu uma ferramenta de avaliação para fonoaudiólogos e educadores – Matriz de Comunicação – a fim de poder determinar com exatidão, a forma como indivíduos com deficiências severas e múltiplas, incluindo indivíduos com impedimentos sensoriais, motores e cognitivos, se comunicavam. Esta ferramenta de avaliação permite aos profissionais rastreamento com precisão as destrezas de comunicação expressiva do indivíduo e criar objetivos específicos de comunicação que atinjam suas necessidades prioritárias.

Abaixo, serão descritos os níveis de desenvolvimento propostos pela autora e as faixas etárias respectivas para cada nível de desenvolvimento.

Quadro 1. Níveis de Desenvolvimento da Comunicação

Níveis de Desenvolvimento da Comunicação
<p><u>Nível I – Comportamento Pré-Intencional (Faixa etária: de 0 a 3 meses):</u></p> <p>O comportamento não está sob o controle do indivíduo ou criança, mas reflete seu estado geral (por exemplo, que está confortável, incomodado, com fome ou que tem sono). As pessoas que cuidam da criança interpretam o seu estado por seus comportamentos, tais como movimentos corporais, expressões faciais e sons.</p>
<p><u>Nível II – Comportamento Intencional (Faixa etária: de 3 a 8 meses):</u></p> <p>O comportamento se encontra sob o controle do indivíduo, mas ele ainda não se comunica de maneira intencional. As pessoas que cuidam da criança interpretam suas necessidades e seus desejos através dos seus comportamentos.</p>
<p><u>Nível III – Comunicação Não Convencional (Faixa etária: de 6 a 12 meses):</u></p> <p>Nesse nível, são utilizados comportamentos pré-simbólicos não convencionais de maneira intencional para a comunicação. Os comportamentos comunicativos são pré-simbólicos, porque não envolvem nenhum tipo de símbolo.</p>
<p><u>Nível IV – Comunicação Convencional (Faixa etária: de 12 a 18 meses):</u></p> <p>Nesse nível, são utilizados comportamentos pré-simbólicos convencionais de maneira intencional para a comunicação. Os comportamentos comunicativos são pré-simbólicos, porque não envolvem nenhum tipo de símbolo; são convencionais porque são socialmente aceitos e continuamos a usá-los para acompanhar a linguagem à medida que amadurecemos.</p>
<p><u>Nível V – Símbolos Concretos (Faixa etária: de 12 a 24 meses):</u></p> <p>Para a comunicação, são utilizados símbolos concretos que fisicamente se assemelham ao que representam. Os símbolos concretos se assemelham, se movem, são sentidos ou soam como aquilo que representam. Os símbolos concretos incluem imagens, objetos (por exemplo, um cadarço de sapato para representar “sapato”), gestos icônicos (por exemplo, dar tapinhas em uma cadeira para dizer “senta”) e sons (por exemplo, fazer um zumbido para representar uma abelha).</p>
<p><u>Nível VI – Símbolos Abstratos (Faixa etária: de 12 a 24 meses):</u></p> <p>No nível VI, são utilizados símbolos abstratos como a fala, a língua de sinais, palavras em Braille ou palavras escritas para a comunicação. Estes símbolos são abstratos, porque NÃO são fisicamente semelhantes ao que representam. São utilizados um a um por vez.</p>
<p><u>Nível VII – Linguagem (Faixa etária: a partir dos 24 meses):</u></p>

No Nível VII, são combinados símbolos (concretos ou abstratos) na formação de combinações de dois ou três símbolos (“quero suco”, “eu ir fora”), segundo as regras de organização gramaticais.

Fonte: <https://www.communicationmatrix.org/uploads/pdfs/handbook.pdf>.

A complexidade dos fenótipos comportamentais, sociocomunicacionais, cognitivos, sensoriais, motores, linguísticos e adaptativos presentes na PEA requer da equipe profissional a construção de programas personalizados que busquem tornar o indivíduo o mais funcional possível em seu ambiente familiar e nos ambientes coletivos. Quanto mais precisa for a avaliação das competências sociocomunicacionais do indivíduo, mais individualizadas serão as ações para promoverem sua inserção social.

2.1.4. O desenvolvimento da Comunicação Social

Segundo Rutter (2011), a comunicação é a base que sustenta os processos interativos sociais. Quando ocorrem atrasos ou desvios que afastam o indivíduo da curva de desenvolvimento etário, tanto na frequência, quanto na qualidade dos comportamentos comunicacionais, há forte indício para a presença de comprometimentos no desenvolvimento social e sinais de alerta para a PEA.

A comunicação social requer do indivíduo a utilização de diversos mecanismos complexos que são moldados pelas relações interpessoais e pelo intercâmbio das informações transmitidas através da linguagem verbal ou não verbal (Silva & Elias, 2020).

Um dos primeiros indicadores de dificuldades sociocomunicacionais na PEA é a falha para coordenar o interesse do próprio indivíduo ao interesse do parceiro de interação, mediante a um estímulo externo (evento ou objeto), através da triangulação do olhar (Jones & Klin, 2013; Rutter, 2011; Zanon, Becks & Bosa, 2015; Bosa, Becks & Zanon, 2017). Tal habilidade, denominada de Atenção Compartilhada (AC), é considerada um precursor para o desenvolvimento da linguagem e um potente preditor para comprometimentos sociais, uma vez que esta capacidade é promotora do desenvolvimento sociocognitivo.

Inicialmente, a atenção compartilhada surge como resposta ao estímulo dado pelo adulto à criança. Neste caso, o indivíduo é estimulado a responder ao estímulo, seguindo o olhar, a direção da cabeça ou o apontar do adulto (RAC – Resposta a Atenção Compartilhada). A medida em que a criança desenvolve habilidades sociocomunicacionais, começa a utilizar estratégias para iniciar e manter a atenção do adulto, enquanto compartilha seus interesses (IAC – Iniciativa de Atenção Compartilhada). Prejuízos no desenvolvimento da AC se mostram indicadores substanciais para a PEA (Paparella et al., 2011). Quanto mais cedo for indentificada a perturbação e iniciada a intervenção específica, melhores serão os resultados frente ao desenvolvimento cognitivo, ao desenvolvimento da linguagem e o desenvolvimento das habilidades sociais (Reichow, 2011).

A grande variação na trajetória desenvolvimental dos indivíduos com PEA podem não favorecer a observação dos desvios qualitativos diante da exploração do ambiente e do brincar, entretanto, o rebaixamento da atenção para estímulos sociais podem ser mais precocemente observados. Zwaigenbaum, Bryson e Garon (2013) apontam que comportamentos de redução à resposta para o próprio nome e diminuição do olhar para faces antes dos 12 meses são sinais de alerta para o autismo, assim como o rebaixamento do sorriso responsivo e do engajamento em rotinas sociais aos 18 meses.

Os déficits primários nos mecanismos de comunicação dos indivíduos com PEA irão impactar no desenvolvimento da linguagem oral. Quanto menos o indivíduo estabelecer intercâmbios comunicacionais, menos oportunidades ele terá de receber do adulto, as pistas necessárias para ele ampliar e organizar suas produções verbais, de acordo com as regras sintáticas da língua utilizada. Na mesma proporção, quanto menos o indivíduo ampliar a complexidade gramatical do discurso, menor capacidade ele terá para sofisticar sua comunicação.

2.2. PROGRAMA DE TREINAMENTO PARENTAL NA COMUNICAÇÃO SOCIAL

2.2.1. Desenho do Modelo de Intervenção

Os desafios e a sobrecarga enfrentados por pais de indivíduos com PEA são marcadamente maiores quando comparados aos pais cujos filhos não apresentam alterações neurodesenvolvimentais (Hall & Graff, 2011).

A mudança na rotina familiar após o diagnóstico, a busca por informações sobre os tratamentos mais eficazes, por profissionais mais qualificados e as incertezas sobre as perspectivas de futuro, podem comprometer a saúde mental dos pais (Texeira, Marino & Carreiro, 2015).

Dentro deste contexto, para Bagaiolo et al. (2018), são vários os estudos que trazem os diversos tratamentos existentes para os indivíduos com PEA que podem corroborar de forma positiva com o funcionamento intelectual, a aquisição da linguagem e das habilidades importantes para o funcionamento da vida desse sujeito.

Estudos desenvolvidos por Onzi e Gomes (2015) reunindo 30 pesquisas sobre a importância do diagnóstico e do processo de reabilitação na PEA, demonstram a necessidade de a família conhecer todas as possibilidades de tratamento e, com isso, oferecer ao seu filho, o quanto antes, a intervenção que melhor atende as especificidades dele.

São diversos métodos de reabilitação encontrados hoje na literatura, que visam a favorecer a autonomia do indivíduo com PEA, frente a uma sucessão de comportamentos que são exigidos para a convivência social com o outro. De modo geral, indivíduos com PEA acabam influenciando na dinâmica estrutural e funcional da família, cabendo salientar a importância da orientação aos pais em relação às vantagens e desvantagens relacionados a cada tratamento, pois cada autista é único e o que pode funcionar para um pode não ter êxito para outro. Outros fatores relevantes a serem respeitados são os limites e os recursos financeiros de cada família (Onzi & Gomes, 2015, p.196).

Em consonância com os autores, não existe um método engessado para o tratamento da PEA. É necessário que a família busque a intervenção que mais gere a possibilidade de melhoria na vida desse sujeito.

Tabela 2. Modelos de Intervenção Precoce

MODELOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE	
Programa Portage	Um modelo de intervenção precoce que foi criado nos EUA, especificamente para comunidades rurais nas quais as crianças tinham pouco acesso à escola, graças à escassez de recursos. Esta falta de recursos para a intervenção precoce originou a criação deste programa. O programa é dirigido aos pais das crianças com necessidades educativas específicas. O importante é que os pais desenvolvam conhecimentos para ajudar nos comportamentos inadequados e ajudar a estimular as pontecialidades dos seus filhos.
O método TEACCH	O método <i>Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children</i> - TEACCH, foi criado por Schopler, na década de 60, no século XX, destinando-se a crianças com PEA de todas as idades. Este tem como objetivo primordial o desenvolvimento da capacidade de realizar tarefas de forma autónoma. É um modelo que se baseia na organização do espaço físico, através de rotinas organizadas em quadros, painéis ou agendas, e por meio de sistemas de trabalho, de forma a tornar o ambiente mais fácil para que a criança o compreenda.
Modelo SON-RISE	O modelo SON-RISE, criado pelo casal Barry e Samahria Kaufman, no início da década de 1970, nos EUA, valoriza a interação entre as pessoas, traduzindo-se no ensino, na criação e implementação de programas e ações que se centram na criança, onde esta se torna participante. Através deste método, os pais aprendem novas formas divertidas de interagir com os seus filhos à nível social, emocional e cognitivo. Distingue-se de outros modelos, porque é aplicado no contexto da casa, mais propriamente no quarto da criança. São usadas cores neutras para evitar que a criança se distraia e, ao mesmo tempo, diminuir os estímulos sensoriais.
A terapira ABA	Lovaas, em 1973, criou a análise do comportamento aplicada, ou ABA (<i>Applied Behavior Analysis</i>), que consiste em uma abordagem da psicologia para compreender o comportamento da criança ou jovem. Assim, os comportamentos e as habilidades são ensinados através dos princípios da teoria da aprendizagem. Este modelo traduz-se em uma intervenção precoce intensiva junto de

	crianças com PEA, sendo que o objetivo principal deste método é levar as crianças a generalizar os comportamentos aprendidos para conseguirem atingir outro patamar de ensino.
Modelo FLOORTIME	O modelo <i>Floortime</i> foi desenvolvido por Greenspan e seus colaboradores, em 1992, surgindo como uma forma de intervir e de compreender a PEA. Trata-se de um modelo de intervenção educativo e intensivo, tendo como base a individualidade de cada criança, a relação afetiva e os seus níveis de desenvolvimento emocional. DIR – model (<i>Developmental Individual Differences Relationship – Based Model</i>).
O sistema de comunicação PECS	O PECS – <i>Picture Exchange Communication System</i> ou Sistema de Comunicação por Troca de Figuras – foi criado por Lori Frost e Andrew Bondy em 2002. Este sistema é considerado como o único processo de treino de comunicação aumentativa/alternativa que possibilita tanto ao adulto como a criança com PEA e com outros déficits de comunicação, iniciar comunicação. Através do PECS, ensina-se a criança a comunicar durante as suas rotinas funcionais e nas atividades de brincar.

Fonte: Loureiro, 2020.

Loureiro (2020) nos apresenta alguns dos modelos que corroboram com o processo de intervenção precoce da criança com PEA. Dentre alguns dos modelos citados, o método TEACCH tem trazido bons resultados com base no desenvolvimento da capacidade de realizar tarefas de forma autônoma. Já a terapia ABA nos apresenta uma abordagem com ênfase na psicologia com o intuito de compreender os comportamentos e as habilidades do paciente com PEA.

2.2.2. O Treinamento Parental

Para Brites e Brites (2019), a família tem percebido a importância da equipa multidisciplinar no processo de intervenção da criança com PEA, contudo, para além dos cuidados dos profissionais que atuam diretamente com essa perturbação, o treinamento parental requer da família o conhecimento e o protagonismo na condução do processo de acompanhamento do seu filho, o que é de extrema importância para ela.

Um treinamento parental tem como principal objetivo proporcionar orientação a pais de crianças com PEA, complementando o trabalho do profissional especializado, proporcionando a generalização do trabalho terapêutico realizado na clínica, escola ou em outros tratamentos

paralelos. Este treinamento é projetado para ensinar os pais como preparar seu filho para tarefas e desafios que eles enfrentarão em seus ambientes diários. Para conseguir isso, os pais são ensinados a identificar as dificuldades de seus filhos. Isto é feito principalmente através de sessões curtas e frequentes de jogo imaginativo com seus filhos (Santos, Dias & Novo, pp.6-8).

Ensinar os pais a lidarem com os desafios e conhecerem as tarefas que são necessárias para o cotidiano da criança com PEA, pode corroborar com o avanço do desenvolvimento das habilidades e competências de seus filhos.

Schalcher (2020), acredita que treinamentos que capacitem os pais a estimular o desenvolvimento das habilidades sociais e interação de seus filhos, podem ajudar no desenvolvimento de “valores morais como honestidade, empatia, senso de justiça, que se mostram como habilidades importantes a serem desenvolvidas nas relações com outras pessoas”.

O treinamento parental representa um método de trabalho colaborativo que tem como intenção orientar e treinar os pais, visando o aprendizado de maneiras mais eficazes para lidar com determinados comportamentos e para que possam intervir de forma favorecer o desenvolvimento da comunicação de seus filhos (Signorelli, 2020, p.6).

Essa colaboração da família com os profissionais que atuam diretamente com o desenvolvimento das crianças com PEA é que proporcionam a elas um avanço ainda maior no processo de interação e aprendizagem. Signorelli (2020) em seus estudos nos apresenta algumas sugestões de procedimentos que contribuem para a interação da criança, como verifica-se na tabela abaixo:

Tabela 3. Modelos de Intervenção Precoce

SUGESTÕES PARA APROXIMAR DA CRIANÇA	
Contato visual e atenção compartilhada	Crie situações de causa e efeito
<ul style="list-style-type: none">➤ Use objetos que emitam som ou luzes, ou que tenham movimento. Coloque no campo de visão da criança e, então, traga para o seu rosto, fazendo com que ela olhe para você. Interrompa o funcionamento do brinquedo e faça caretas ou sorria, brincando com a criança.➤ Brinque com bolinhas de sabão. Faça algumas bolhas para ganhar atenção da criança e, então, pare por alguns instantes. Espere até que ela olhe para você, em seguida, faça mais bolinhas.➤ Incentive a criança a pentear o seu cabelo, lhe maquiar ou fazer desenhos com tinta em seu rosto. Faça caretas e sons variados, ou brinque de esconder o rosto.	<ul style="list-style-type: none">➤ Brinque de imitar os sons que a criança já faz, como vocalizações enquanto brinca ou manipula um objeto. Observe como ela entra na sua brincadeira e aos poucos, vá aumentando a frequência de sons, fazendo alguns momentos de silêncio para que a criança os preencha sonorizando.➤ Brinque de dar comidinha para os bonecos, de colocar no carro em miniatura para passear, de fazer o avião voar, sempre, caprichando na sonorização e dando tempo para que a criança tente imitar.➤ Construa torre de blocos de brinquedos, caixas de sapatos ou copos de plástico. Conte até o 3 ou faça um som antes de derrubá-la. Repita a ação, mas, desta vez, espere a criança lhe olhar, então, emita o som e derrube a torre, novamente.

Fonte: Signorelli, 2020.

A proposta de Signorelli (2020) é criar tanto o contato visual e atenção compartilhada, como as situações de causa e efeito, o que tem contribuído com o avanço do processo de intervenção das crianças com PEA, reforçando ainda mais a importância desse laço familiar.

2.2.3. O estímulo parental no processo de desenvolvimento da comunicação social de crianças com PEA

A comunicação social envolve uma gama de habilidades que precisam ser desenvolvidas desde muito cedo pelos infantes. Não basta aprender a compreender somente o significado das palavras. A forma como falamos: o tom da voz, os gestos, a velocidade da fala, a expressão facial, a postura e a maneira como nos comportamos enquanto transmitimos a mensagem podem revelar nossa verdadeira “intenção”.

Crianças típicas aprendem naturalmente com suas experiências sociais e para além dos elementos básicos que constituem a comunicação (emissor, receptor, mensagem e meio de transmissão da mensagem) precisam compreender e obedecer às regras sociais compartilhadas.

Ao se tratar de crianças com PEA, o aprendizado natural, a partir da experiência social, se mostra bastante restrito. O fraco interesse social e a diminuição da atenção à forma como as pessoas se comportam verbalmente e não verbalmente, tornam-se grandes obstáculos para o desenvolvimento da comunicação.

Segundo Fernandes et al. (2022), não temos um único modelo, um método ou abordagem específica que contemple plenamente às complexidades que envolvem o espectro do autismo. Há múltiplas variáveis que interferem no modo como este indivíduo irá desenvolver a comunicação, a linguagem e a fala. O terapeuta envolvido no caso precisa compreender as peculiaridades de cada criança com PEA e estar atento ao perfil de resposta que este indivíduo expressa (Trevvarthen & Delafield-Butt, 2013).

A dúvida que permeia o pensamento dos familiares de indivíduos com PEA é: como ajudar meu filho a se comunicar?

Para responder esta pergunta é fundamental explicitarmos aos pais quais comportamentos e habilidades precisamos estimular na criança com PEA para promover este desenvolvimento. É fundamental avaliarmos a qualidade dos comportamentos precursores da comunicação deste indivíduo, a fim de criarmos um programa individual,

a partir do nível de desenvolvimento em que a criança se encontra. Abaixo, será apresentado a descrição dos precursores que são avaliados para este fim.

Tabela 4. Avaliação da Cognição Social: Atenção Compartilhada e Contato Visual

Avaliação da Cognição Social: Atenção Compartilhada e Contato Visual (Carpenter, Pennington & Rogers, 2002; Paparella et al., 2011)	
Acompanhar o comportamento do outro	Capacidade de imitar o comportamento iniciado por outro.
Verificar/Compartilhar a atenção	Capacidade de coordenar o contato ocular: olhar para o objeto, olhar para a pessoa, depois olhar novamente para o objeto e, então, voltar o olhar para a pessoa.
Direcionar o Comportamento	Capacidade do uso do apontar ou do gesto de dar com o intuito de pedir.
Acompanhar a Atenção	Capacidade de seguir o apontar ou o olhar de outra pessoa.
Direcionar a atenção	Capacidade de apontar, mostrar ou dar algo com o intuito de compartilhar a atenção.
Engajamento Social e Emocional (Interações contingentes, recíprocas e intencionais)	Avaliar o nível das interações com o outro, se consegue dirigir a sua atenção para as ações do adulto, se tem capacidade de prestar a atenção ao adulto e ao uso que o adulto faz dos objetos (Osterling, Dawson, 1994). Capacidade de se engajar em interações sociais exibindo uma responsividade emocional.
Turnos e comportamento antecipatório	Verificar se nas interações com o outro a criança já consegue respeitar os turnos das brincadeiras e apresenta reações antecipatórias à conduta do parceiro social.
Contato Visual	Na interação com o outro, a manutenção do contato visual é avaliada de forma a identificar se a criança o estabelece, o mantém ou o desvia, ou ainda mantém um olhar periférico.
Sorriso Social	Verificar se nas interações a criança apresenta um sorriso dirigido ao outro ou ao contexto da atividade.

Fonte: Adaptado por Gisele Viegas, 2019.

Após a construção do perfil de cognição social, o profissional poderá construir com a família quais os principais pontos a serem reforçados na rotina diária para que a criança amplie suas habilidades comunicacionais. Torna-se fundamental, os terapeutas envolvidos no caso mediar as interações entre a família e a criança, estabelecendo conjuntamente com os pais, quais as atividades que promovem o desenvolvimento sociocomunicativo e que fazem parte das preferências de ambas as partes.

Para Sousa (2018), “ao mediar a interação adulto-criança, é válido destacar a importância do brincar tanto do ponto de vista teórico, para que os pais entendam que a brincadeira é fundamental ao desenvolvimento”, e essa interação pode trazer benefícios inclusive na socialização.

III – ESTUDO EMPÍRICO

1. Contextualização da problemática do estudo

A pesquisa será realizada no Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e terá a duração de dois meses. Serão propostas 8 sessões de 50 minutos cada, com periodicidade semanal.

A Santa Casa de Misericórdia, do Rio de Janeiro, surgiu ainda no século XVI, e está localizada na Rua de Santa Luzia, nº. 206. Sua criação tem-se vínculo com o padre José de Anchieta, da Companhia de Jesus que chegou ao Brasil em 1553. Os jesuítas desde então, vem trabalhando para acolher e cuidar dos enfermos.

Figura 2. Prédio da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro



Para além de sua estrutura de atendimento hospitalar, o Hospital Geral da Santa Casa do Rio de Janeiro, oferece especialidades que corroboram com a expansão dos atendimentos em especialidades ao público em geral. Para além dos atendimentos especializados, há também incentivo ao Ensino e Pesquisa, com processo seletivo de residência, com pós-graduação com convênios com a PUC-Rio, Estácio de Sá, dentre outros.

A relação com pais e crianças com PEA na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, enquanto profissional, é bastante antiga. Desde maio de 2006, a pesquisadora exerce funções como fonoaudióloga voluntária no setor da Psiquiatria Infantil. O chefe deste Setor, Dr^o. Fabio Barbirato, atribuiu-lhe a função de avaliar crianças com alterações no neurodesenvolvimento. As crianças recebiam do serviço: consulta médica, avaliação fonoaudiológica e avaliação neuropsicológica. Após a realização da avaliação, a equipe se reunia para discutir os resultados, levantar a hipótese diagnóstica e a família era convocada a retornar ao médico para nova consulta, a fim de receber todas as orientações cabíveis para o caso.

As crianças inscritas no ambulatório continuavam a receber o acompanhamento médico, porém o setor de psiquiatria não disponibilizava o acompanhamento com fonoaudióloga. Encaminhava as crianças para outros serviços públicos que ofereciam estas intervenções, no entanto, devido à grande procura, a maioria das famílias não conseguiam vaga.

O maior público que chegava ao serviço, apresentava idade entre 2 e 5 anos e o diagnóstico mais prevalente era a Perturbação do Espectro do Autismo. Com aumento dos casos de PEA e com a escassez de serviços que oferecessem acompanhamento médico e uma avaliação do desenvolvimento global de qualidade, a lista de espera aumentava a cada dia e com ela a angústia para conseguir atender este público que precisava para além do acolhimento, de orientações que os ajudassem a promover o desenvolvimento de seus filhos.

Foi então que surgiu a criação de um serviço social destinado às famílias e crianças com PEA. Participar deste projeto denominado PRAPRE-PEA (Programa de Atendimento a Pré-escolares com Perturbação do Espectro do Autismo) me inspirou a construir o programa de treinamento e realizar esta investigação.

Começa-se, então, a pesquisar sobre programas de treinamento de pais que focassem na promoção das habilidades sociocomunicacionais dos indivíduos com PEA. Verifica-se que os programas apresentavam orientações gerais e menos específicas acerca do número de oportunidades oferecidas pelos cuidadores durante a brincadeira ou em uma rotina doméstica. Inicia-se então a construção de um programa de treinamento parental pautado

em orientações mais específicas e que evidenciasse um número mínimo de oportunidades a serem oferecidas pelos pais nas rotinas diárias. Espera-se com a pesquisa responder se um programa mais direcionado, onde seja estipulado um mínimo de oportunidades de comunicação oferecidas às crianças com PEA por seus pais, podem de fato potencializar o desenvolvimento comunicacional.

Por tudo o que atrás foi exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação: O treinamento parental propicia o desenvolvimento da comunicação social em crianças com perturbação do espectro do autismo?

2. Objetivos do Estudo

Objetivo Geral

Verificar a influência de um programa de treinamento parental no desenvolvimento da comunicação social de crianças diagnosticadas com PEA em idade pré-escolar.

Objetivos Específicos

- Verificar se o treinamento parental propicia o desenvolvimento da comunicação social em crianças com PEA;
- Compreender se as crianças com diagnósticos de autismo quando estimuladas por seus pais ampliam as habilidades comunicacionais após o período de treinamento parental.

3. Metodologia

A investigação que se apresenta tem o foco de pesquisa qualitativa e pela sua especificidade considera-se um estudo de caso, a partir do embasamento teórico do Modelo Denver de Intervenção Precoce, que visa ampliar as iniciativas comunicacionais do indivíduo, além de apoiar e estimular o desenvolvimento geral (Rogers et al., 2012) e de promover a conexão afetiva e o desenvolvimento de interações típicas em indivíduos

com autismo ou com risco de autismo (Fiore-Correia, Lampreia & Sollero-de-Campos, 2010).

4. Procedimentos

O acesso aos participantes foi garantido através da seleção de 8 famílias e seus filhos diagnosticados com a perturbação do espectro do autismo, conforme os critérios de inclusão na pesquisa, que recebem assistência médica no Ambulatório Social de Psiquiatria Infantil, situado no Estado do Rio de Janeiro. Todas as famílias deverão ter seus filhos inscritos no programa PAPRE-PEA – Programa de Avaliação e Tratamento a Crianças Pré-escolares com Perturbação do Espectro do Autismo.

Antes da coleta dos dados, o projeto foi apresentado aos pais, por meio de um atendimento individualizado, com um agendamento prévio, em uma sala reservada no ambulatório Social de Psiquiatria Infantil, respeitando todos os protocolos sanitários. Após o aceite e a aprovação do projeto na Plataforma Brasil (Anexo 1), foi solicitada a autorização à instituição onde a pesquisa foi realizada (Anexo 2) e somente então foi iniciada a coleta de dados. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2021.

Os pais das crianças selecionadas foram informados sobre o tema, objetivos e duração da pesquisa, assim como receberam orientações sobre os passos para a coleta de dados. Após as informações iniciais, foi entregue a carta de consentimento livre e esclarecido aos responsáveis legais, contendo todas as informações que possam, verdadeiramente, esclarecer os possíveis benefícios, riscos e procedimentos que serão realizados durante a coleta de dados. Optou-se por colocar apenas o modelo utilizado para manter o anonimato dos participantes (Anexo 3).

Os resultados deste trabalho, poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada a sua privacidade.

Apenas a equipa de investigadores terá acesso aos dados e, após, a realização do estudo, estes serão destruídos.

5. Instrumentos

Foram utilizados para a coleta de dados iniciais e finais, o *Checklist* de Observação da Cognição Social (Anexo 4) construído por Gisele Viegas (Carpenter, Pennington & Rogers, 2002; Paparella et al., 2011); o Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática – ABFW (Andrade et al., 2000). Foi solicitada a autorização do *Checklist* de Observação da Atenção Compartilhada e Contato Visual à autora Gisele Viegas Dias Ferreira.

Em relação ao teste ABFW - Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática, foi solicitada a autorização para uso do Protocolo da Pragmática (Anexo 5) na pesquisa empírica para a autora, Doutora Fernanda Dreux Miranda Fernandes.

Utilizou-se para caracterização das famílias um questionário sociodemográfico construído, especificamente, para efeitos desta pesquisa e validado por três professores especialistas na área (Anexo 6).

Elaboraram-se 8 sessões para o programa de treinamento parental (Anexo 7), cujas 1ª, 2ª, 3ª e 8ª sessões serão exibidas na apresentação dos resultados e as demais estarão anexadas para não tornar a apresentação dos resultados demasiadamente extensa. No entanto, identificam-se aqui as sessões efetuadas, indicando os temas tratados em cada sessão:

- Nº1 – Sessão de Avaliação
- Nº2 – Ampliação do Engajamento Social.
- Nº3 – Manutenção do Engajamento Social.
- Nº4 – Ampliação do Contato Visual.
- Nº5 – Manutenção do Contato Visual.
- Nº6 – Jogo com Alternância de Turno.
- Nº7 – Manutenção do Jogo com Alternância de Turno.
- Nº8 – Sessão de Reavaliação.

Este programa de intervenção é da autoria da investigadora. Foi organizado com base na literatura Fiore-Correia, Lampreia & Sollero-de-Campos, 2010; Dawson et al., 2012; Paparella et al., 2011. Foi também validado por 3 especialistas na área.

6. Caracterização dos Participantes

Para participarem no estudo foram seleccionadas 8 famílias e as suas crianças com os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

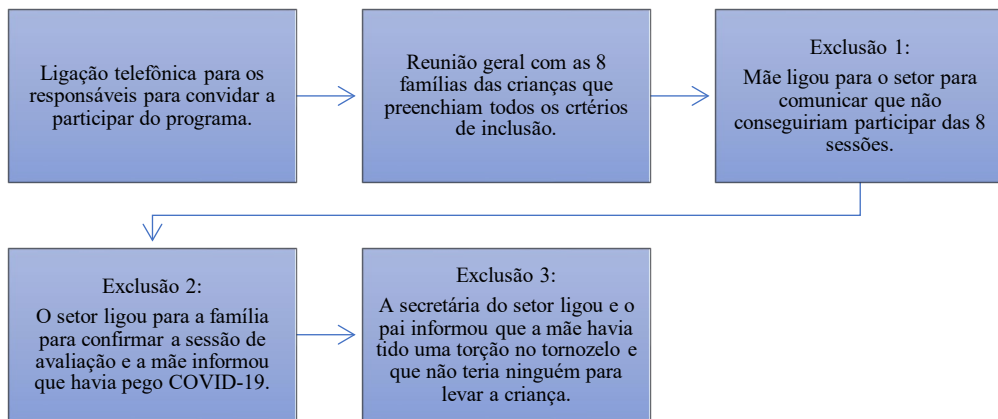
1. As crianças destas famílias tinham que estar inscritas no programa PAPRE-PEA - Programa de Avaliação e Tratamento a Crianças Pré-escolares com Perturbação do Espectro do Autismo.
2. Pais ou responsáveis legais, que após serem esclarecidos sobre todos os objetivos e procedimentos da pesquisa, aceitarem participar do estudo.

Critérios de Exclusão:

1. Pais que não possuem disponibilidade para participarem da pesquisa no período de dois meses, divididos em oito sessões de atendimento, para o treinamento parental.
2. Faltar a duas sessões do programa de treinamento.

No estudo, foram seleccionadas 8 famílias de crianças com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo que faziam parte do PRAPRE-PEA e os filhos que tinham idade compatível com o estipulado. Todas as oito famílias participaram da reunião geral onde o programa de Treinamento Parental foi explicitado. Três famílias, entretanto, foram excluídas do programa. A primeira, porque desistiu de participar e outras duas, devido a questões de saúde.

Fluxograma:



Na tabela seguinte, apresenta-se a caracterização dos elementos das cinco famílias presentes nas sessões da pesquisa, uma vez que, embora as famílias fossem cinco, participaram oito pessoas, sendo duas crianças acompanhadas somente pela mãe e três crianças acompanhadas por pai e mãe.

Tabela 5. Caracterização dos Pais e das Crianças

Características dos Pais		N (%)
1. Género	Feminino	5
	Masculino	3
2. Idade	18 a 25 anos	
	26 a 30 anos	4
	31 a 40 anos	3
	41 a 50 anos	1
	Acima 51 anos	
3. Titulação	Ensino Fundamental	5
	Ensino Médio	3
	Graduação	
	Especialista	
	Mestre	
	Doutor	
4. Tempo de trabalho na instituição	Menos de 1 ano	2
	Entre 1 e 5 anos	6
	Entre 6 e 10 anos	
	Entre 11 e 20 anos	
	Mais de 21 anos	
Características das Crianças		N (%)
1. Género	Feminino	2
	Masculino	3
2. Idade	3 anos	3
	4 anos	2
	5 anos	

Em relação à caracterização dos pais, a maioria dos participantes são do sexo feminino (5) e as idades entre 26 e 40 anos. Quanto à formação acadêmica, a maioria possui Ensino Fundamental. Em relação ao tempo de trabalho, a maioria dos pais permanecem na mesma entidade empregadora entre 1 e 5 anos.

Podemos verificar na Tabela 5 que as crianças que participaram no estudo acompanhadas das suas famílias, 3 são do gênero masculino e 2 do gênero feminino e apresentam idades entre 3 e 4 anos.

7. Apresentação dos Resultados

Para mais fácil leitura e compreensão deste estudo, irão agora ser demonstrados os resultados obtidos.

Foi realizada uma avaliação inicial de cada criança, com a presença dos pais que agora se apresenta caso a caso. Na avaliação inicial, foram considerados os seguintes parâmetros: Atenção Compartilhada e Contato Visual; Habilidades Comunicacionais; Espaço Comunicativo e Meios Comunicativos.

Foram aceites as seguintes composições para a intervenção: tríades de pai-mãe-filho(a); e díades de mãe-filho(a) ou pai-filho(a). A intenção era a intervenção dos pais por indicação da pesquisadora que aqui assumiria um papel de mediação e supervisão. As famílias receberam orientações acerca do desenvolvimento infantil, sobre a importância de estabelecer relações de afeto e de seguir a liderança da criança durante a brincadeira, variando o uso de estratégias, a partir da motivação da criança. Os pais participantes do estudo receberam instrução teórico-prática durante seis sessões onde eram propostas dinâmicas lúdico-interativas com seus filhos.

Descreve-se no quadro seguinte a 1ª sessão da intervenção que foi utilizada para a avaliação inicial.

Quadro 2. Avaliação dos Participantes

<i>1ª Sessão – TEMA: Avaliação dos Participantes</i>
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as habilidades comunicacionais da criança através de protocolos que buscavam esclarecer as funções comunicativas e o espaço comunicativo que a criança ocupou durante a interação com a pesquisadora.• Obter nível de atenção conjunta e compartilhada e a forma como a criança interagiu com a pesquisadora.
Materiais Utilizados
Para avaliação: <ul style="list-style-type: none">✓ Protocolo da Pragmática – Teste ABFW (Andrade et al., 2004).✓ Protocolo de Avaliação da Cognição Social.

<ul style="list-style-type: none">✓ Celular para realizar a filmagem da sessão de avaliação. <p>Para a intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Um tapete de EVA (50cm x 50cm x 8cm).✓ Um pião sonoro de metal colorido.✓ Um jogo de encaixe de números de madeira,✓ Um tubo pequeno de bolinha de sabão.✓ Cinco miniaturas de animais: cavalo, vaca, porco, ovelha, pato.✓ Uma família miniatura de plástico: pai, mãe e filho.✓ Uma mesa e duas cadeiras miniaturas de madeira.✓ Uma bola pequena de futebol.✓ Uma cama miniatura de madeira.✓ Um livro infantil.
Descrição das Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Cada criança e seus pais foram recebidos na recepção do ambulatório de psiquiatria infantil e direcionados a sala de avaliação.• Avaliação inicial da criança.• Após a avaliação da criança, os pais receberam informações da pesquisadora sobre qual a diferença entre comunicação, fala e linguagem.• A pesquisadora também ressaltou a importância das relações de afeto para o desenvolvimento infantil.• Havia uma área livre coberta com tapete de EVA, onde foram dispostos os brinquedos ao seu redor.• A avaliadora orientou os pais sobre a dinâmica que seria realizada com a criança e que de preferência se mantivessem em silêncio durante o período de avaliação.• Foi posicionado o celular e acionada a gravação, a fim de que fosse possível analisar posteriormente o protocolo da pragmática.• A pesquisadora se sentou no tapete e observou inicialmente, qual brinquedo chamava mais a atenção da criança. Em seguida, buscou seguir a liderança da criança e tornar-se “parceira de jogo”, estabelecendo dinâmicas lúdico-interativas recíprocas.• Após interagir cerca de 40 minutos com a criança, os pais eram convidados a se juntarem à brincadeira.• Esta interação entre a família, a criança e a pesquisadora objetivava a construção de uma relação de proximidade e quebra de timidez para a segunda sessão do programa de treinamento.• Após 50 minutos corridos, a pesquisadora se despedia da criança e da família e entregava a eles um cartão com a data da próxima sessão.

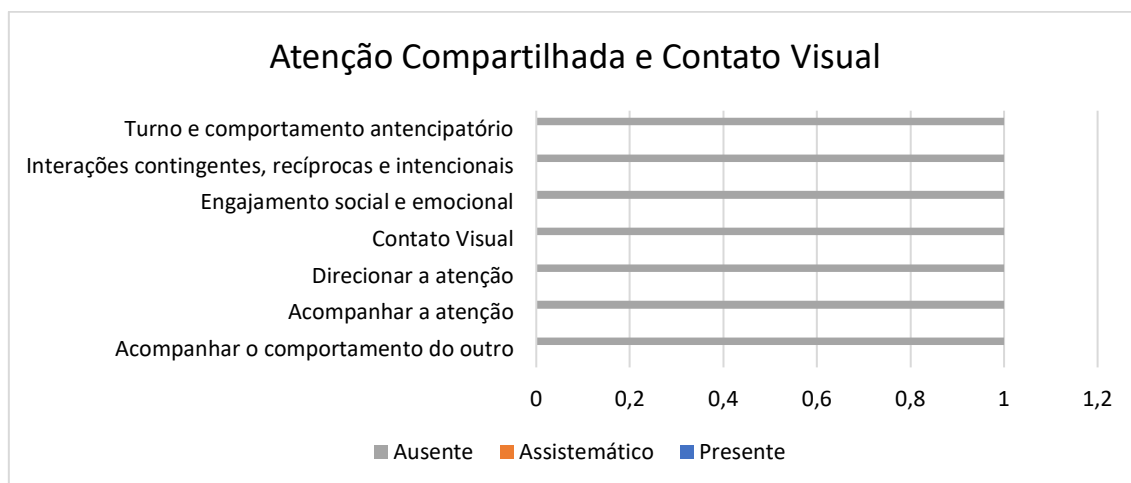
Desta avaliação inicial, obtiveram-se os resultados descritos individualmente abaixo.

Quadro 3. Participante 1 - Avaliação Inicial

Resultados da Avaliação Inicial
O Participante 1 (3 anos e 7 meses) apresentou comportamento pouco receptivo.
<ul style="list-style-type: none">▪ Reagiu pouco quando chamado pelo nome.▪ Apresentou prejuízos na cognição social e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 6, 7, 8 e 9.

Na sessão apresentada no Quadro 3 que serviu de avaliação inicial, e em relação à atenção compartilhada e o contato visual do Participante 1 (P1), verificaram-se os resultados abaixo:

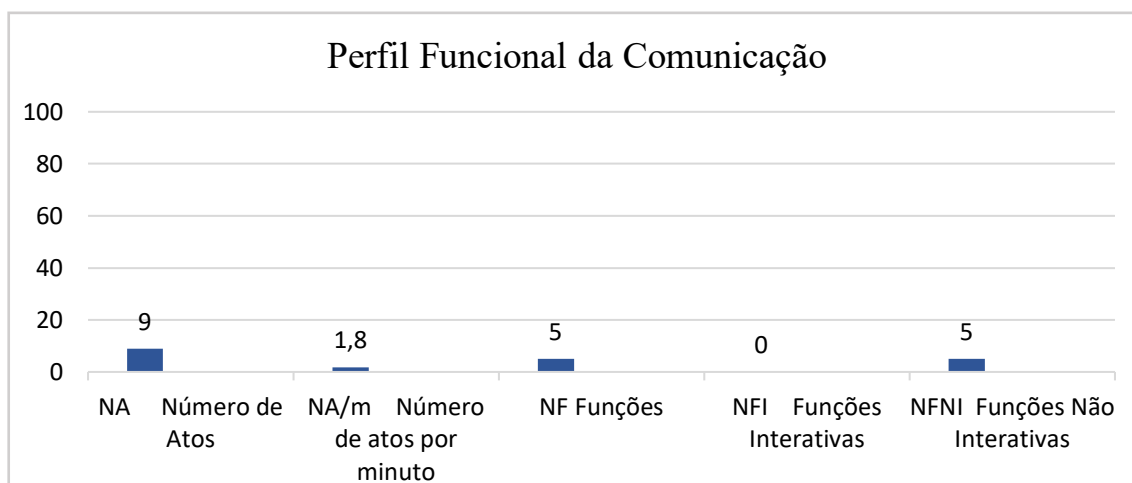
Tabela 6. Participante 1 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



Verificou-se que a criança se engajou com dificuldades mesmo usando o brinquedo para mediar a interação. Exibiu ausência de iniciativa de atenção compartilhada e fraca resposta à atenção compartilhada pela pesquisadora. Não seguiu o apontar e não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar, virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Interagiu de forma contingente.

Em relação às habilidades comunicacionais da mesma criança, observa-se o seguinte:

Tabela 7. Participante 1 - Habilidades Comunicacionais



Na Tabela 7, verifica-se que o P1 produziu 9 atos comunicacionais durante a amostra coletada evidenciando uma média de 1,8 atos comunicacionais por minuto. Utilizou as seguintes funções: Protesto (PR), Não Focalizada (NF), Exploratória (XP), Auto Regulatória (AR) e Jogo (J). Todas possuíam funções menos interativas.

No que se refere ao espaço comunicativo do Participante 1, observou-se o seguinte:

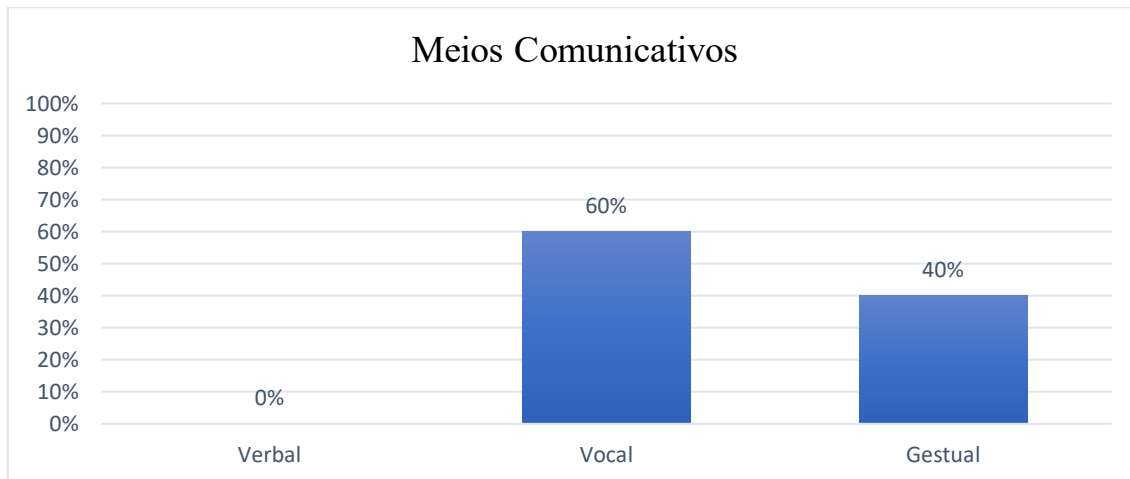
Tabela 8. Participante 1 - Espaço Comunicativo



A Tabela 8 exibe a proporção de iniciativas comunicacionais utilizadas pela pesquisadora e pela criança durante toda a amostra. A criança preencheu somente 33% do espaço comunicativo, o que exibe que a pesquisadora se comunicou mais que a criança.

No que se refere aos meios comunicativos que envolve o verbal, o vocal e o gestual, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 9. Participante 1 - Meios Comunicativos



Na Tabela 9, observa-se que o P1 comunicou-se mais por meio vocal seguido do meio gestual. Não utilizou o meio verbal para se comunicar.

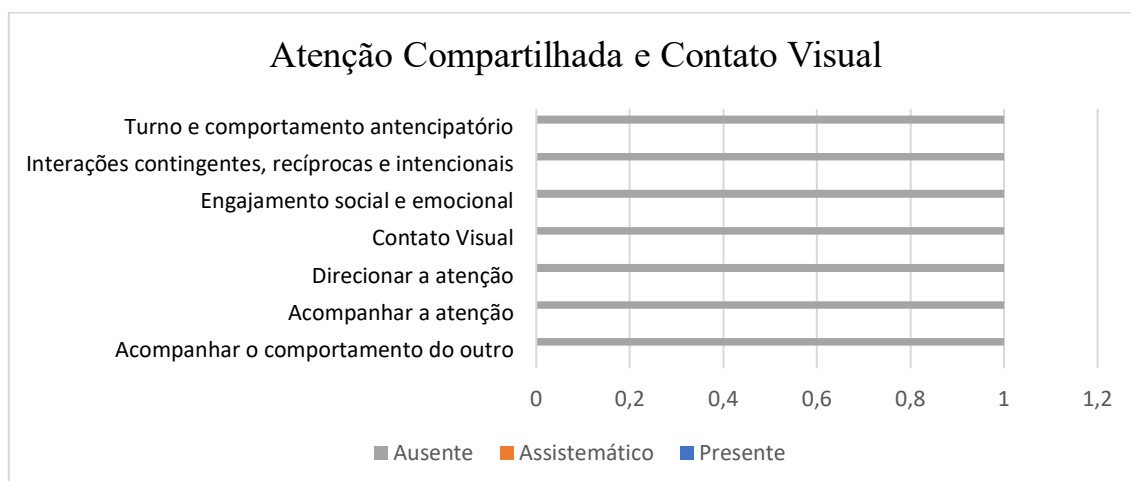
No quadro seguinte inicia-se a apresentação dos resultados obtidos pelo Participante 2 (P2):

Quadro 4. Participante 2 - Avaliação Inicial

Resultados da Avaliação Inicial
<p>A Participante 2 (4 anos e 2 meses) entrou na sala de avaliação acompanhada por seus pais e apresentou comportamento pouco receptivo.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Mostrou-se pouco responsiva quando chamada pelo nome.▪ Exibiu prejuízos na cognição social e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 10, 11, 12 e 13.

A atenção compartilhada e o contato visual do Paciente 2, se encontra detalhada na tabela abaixo:

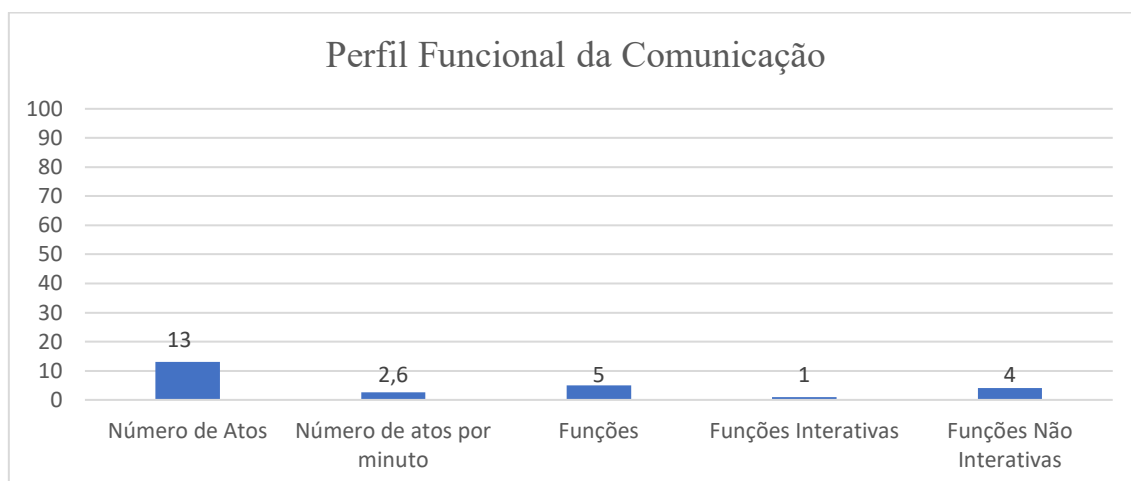
Tabela 10. Participante 2 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



Na Tabela 10, pode compreender-se que a P2 apresentou dificuldades para se engajar com a pesquisadora. Exibiu ausência de iniciativa de atenção compartilhada e resposta rebaixada à atenção compartilhada pela pesquisadora. Não seguiu o apontar e não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar, virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Interagiu de forma intencional para pedir objetos.

No que se refere às habilidades comunicacionais da mesma criança, têm-se os seguintes resultados:

Tabela 11. Participante 2 - Habilidades Comunicacionais

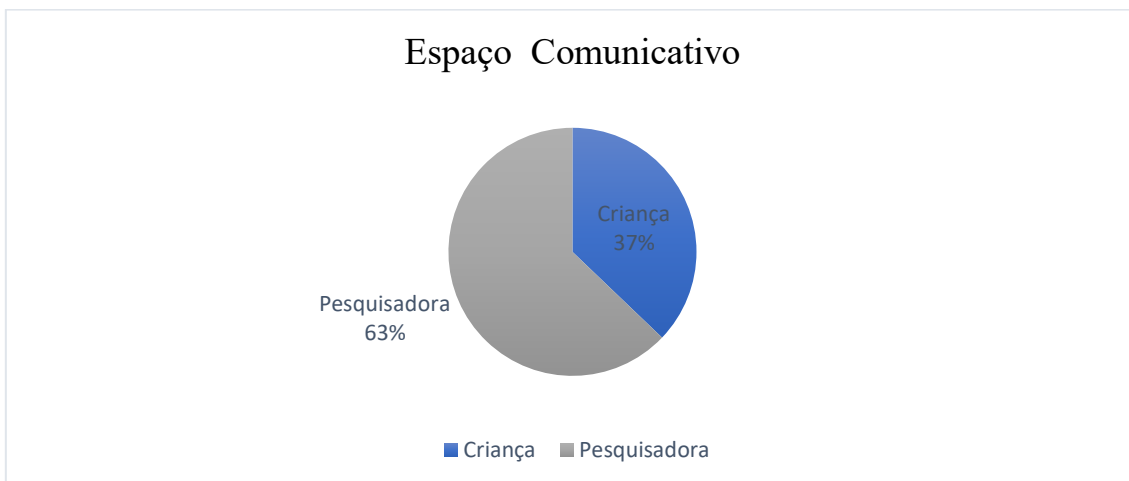


Pode ver-se na Tabela 11 que a P2 iniciou a comunicação 13 vezes e obteve a média de 2,6 atos comunicativos por minuto. Utilizou cinco funções: Pedido de Objeto (PO),

Protesto (PR), Não Focalizada (NF), Exploratória (XP) e Jogo (J). Utilizou somente uma função mais interativa (PO).

Em relação ao espaço comunitário, verificou-se o constante na tabela seguinte:

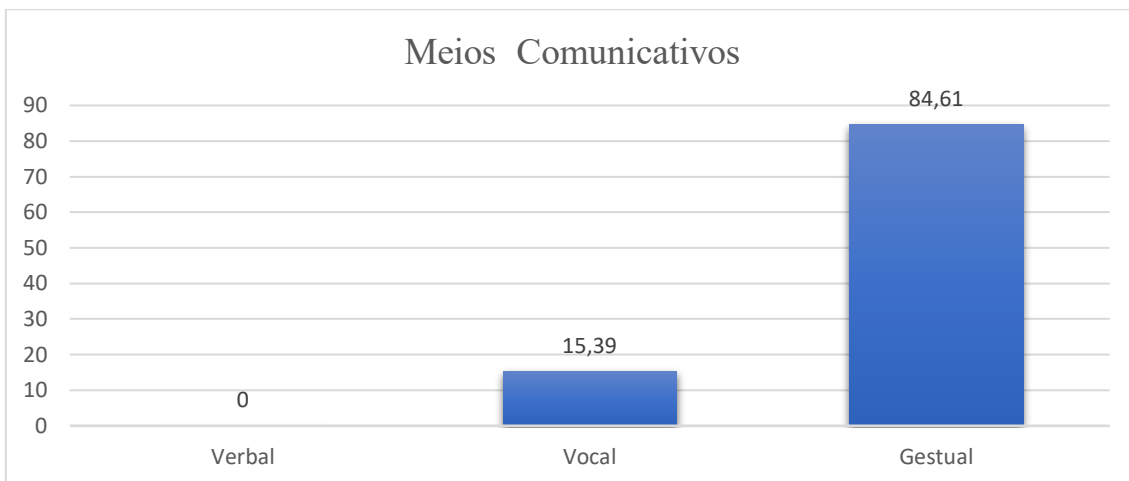
Tabela 12. Participante 2 - Espaço Comunicativo



A Tabela 12 exibe a proporção de iniciativas comunicacionais utilizadas pela pesquisadora e pela criança durante toda a amostra. A criança preencheu somente 37% do espaço comunicativo, o que exibe que a pesquisadora se comunicou mais que a criança.

Sobre os meios comunicativos que envolve o verbal, o vocal e o gestual do P2, tem-se:

Tabela 13. Participante 2 - Meios Comunicativos



A criança utilizou predominantemente o meio gestual, seguido do meio vocal. Não utilizou o meio verbal para se comunicar.

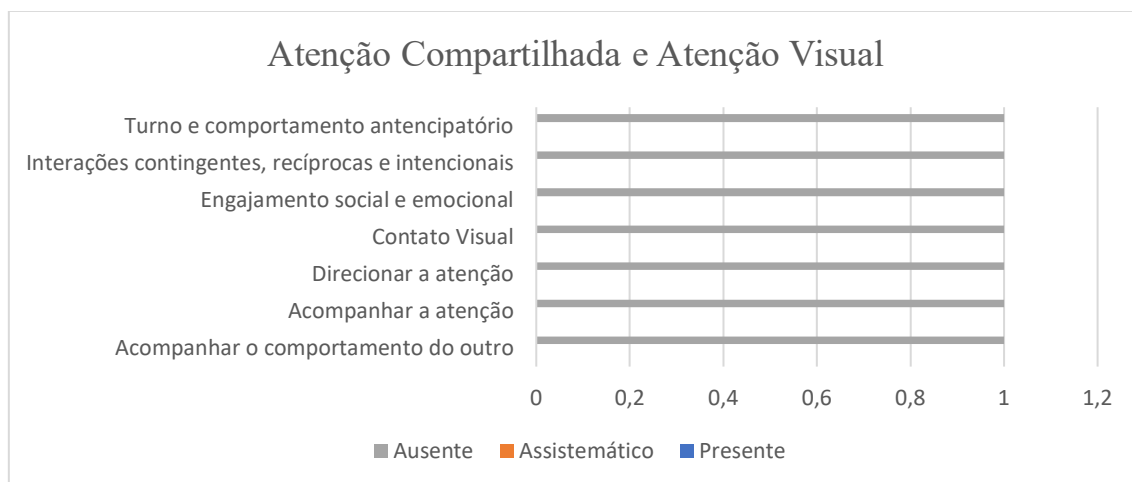
Passa-se agora aos resultados da avaliação inicial do Participante 3 (P3).

Quadro 5. Participante 3 - Avaliação Inicial

Resultados da Avaliação Inicial
A Participante 3 (3 anos e 8 meses) entrou na sala de avaliação acompanhada por sua mãe e apresentou comportamento pouco receptivo diante da pesquisadora.
<ul style="list-style-type: none">▪ Exibiu baixa resposta quando chamada pelo nome.▪ Exibiu prejuízos na cognição social e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 14, 15, 16 e 17.

Sobre a atenção compartilhada e o contato visual do Participante 3 (P3), observaram-se os seguintes resultados:

Tabela 14. Participante 3 - Atenção Compartilhada e Contato Visual

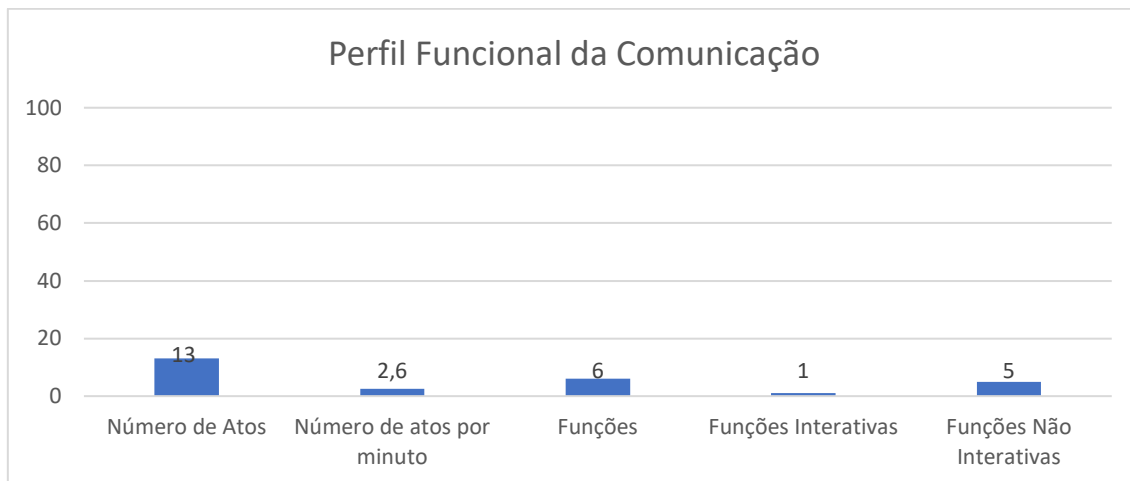


Na Tabela 14, verifica-se que P3 apresentou dificuldades para se engajar com a pesquisadora, mesmo ela utilizando brinquedos para mediar a interação. Observou-se ausência de iniciativa de atenção compartilhada e rebaixamento da resposta à atenção compartilhada pela pesquisadora. Não seguiu o apontar e não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar, virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto

fixo. Interagiu de forma intencional, no entanto, não conseguiu interagir de forma recíproca.

No que tange às habilidades comunicacionais do Participante 3, verificou-se o constante na tabela seguinte:

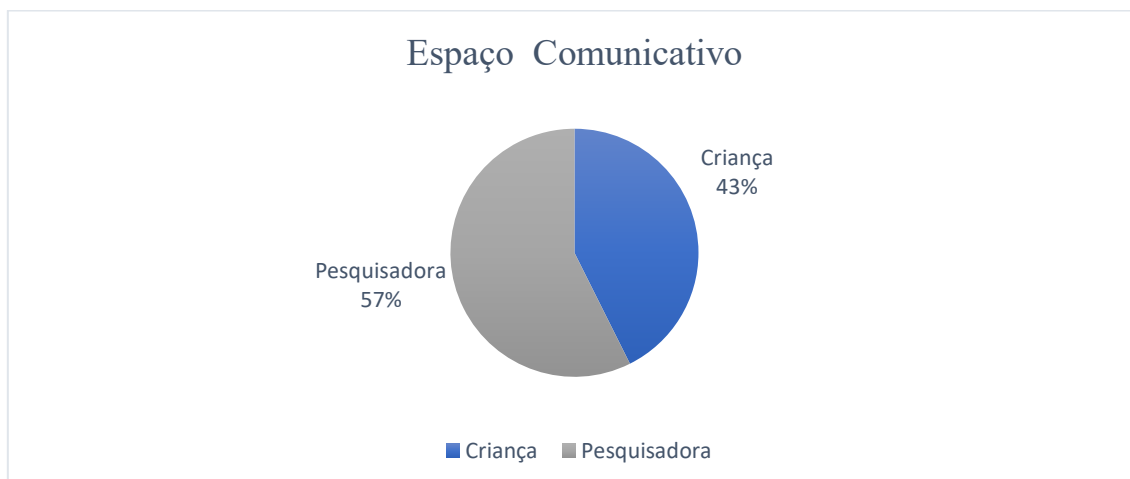
Tabela 15. Participante 3 - Habilidades Comunicacionais



Na Tabela 15, demonstra-se que se iniciou a comunicação 13 vezes e obteve a média de 2,6 atos comunicativos por minuto. Utilizou seis funções para se comunicar: Pedido de Objeto (PO), Protesto (PR), Não Focalizada (NF), Exploratória (XP), Auto Regulatória (AR) e Jogo (J). Utilizou somente uma função mais interativa (PO).

Na tabela seguinte, demonstra-se a avaliação inicial no parâmetro Espaço Comunicativo.

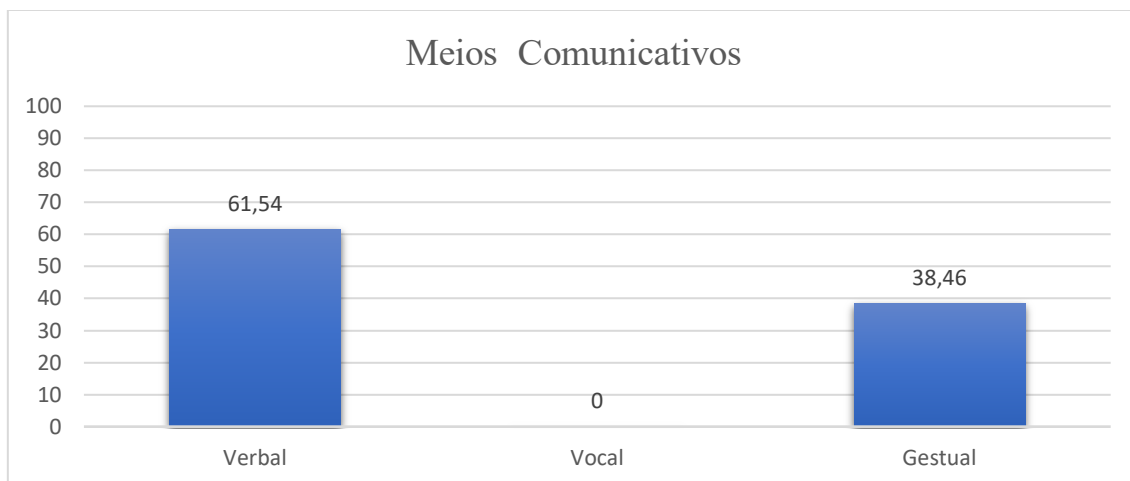
Tabela 16. Participante 3 - Espaço Comunicativo



A Tabela 16 exibe a proporção de iniciativas comunicativas utilizadas pela pesquisadora e pela criança durante toda a amostra. A criança preencheu 43% do espaço comunicativo, o que exibe que a pesquisadora se comunicou mais que a criança.

Em relação aos meios comunicativos que envolve o verbal, o vocal e o gestual, observa-se que:

Tabela 17. Participante 3 - Meios Comunicativos



Na Tabela 17, percebe-se que utilizou predominantemente o meio verbal, seguido do meio gestual. Não se constatou o uso do meio vocal para a comunicação.

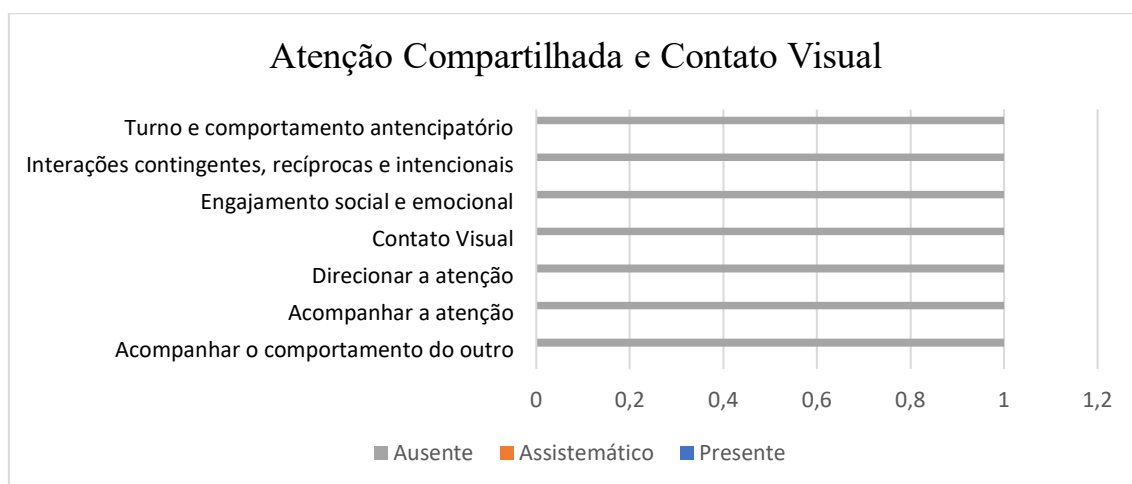
Em relação à avaliação inicial do Participante 4, tem-se o seguinte resultado:

Quadro 6. Participante 4 - Avaliação Inicial

Resultados da Avaliação Inicial
<p>O Participante 4 (3 anos e 6 meses) entrou na sala de avaliação acompanhado por seus pais e comportou-se com choro e irritabilidade às tentativas da pesquisadora em estabelecer conexão afetiva com ele.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Apresentou pequena reação corporal quando ouviu o próprio nome, contudo, não dirigiu o olhar à pesquisadora as vezes em que foi chamado.▪ Exibiu prejuízos na cognição social e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 18, 19, 20 e 21.

Especificando por parâmetros e iniciando pela Atenção Compartilhada e Contato Visual:

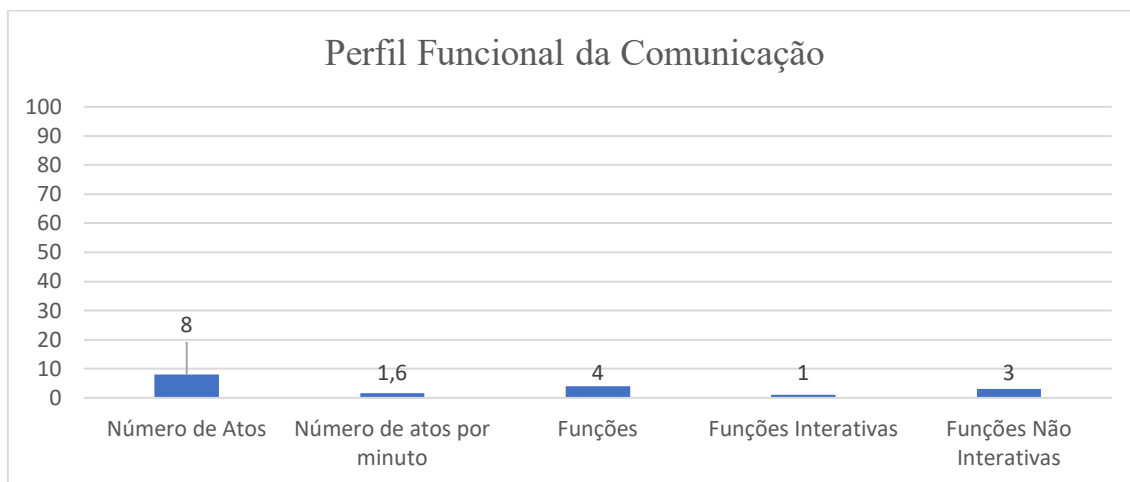
Tabela 18. Participante 4 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



Na Tabela 18, verificamos que o Participante 4 (P4) exibiu dificuldades para se engajar e comportamentos de recusa às tentativas da pesquisadora estabelecer interações. Não foi verificado comportamentos de iniciativa de atenção compartilhada com a pesquisadora. O comportamento de resposta à atenção compartilhada revelou-se rebaixado. Não seguiu o apontar e não reagiu quando a pesquisadora mudou a direção do seu olhar, virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Interagiu de maneira contingente.

Sobre as habilidades comunicacionais do Participante 4, a Tabela 19 traz os resultados:

Tabela 19. Participante 4 - Habilidades Comunicacionais



O P4 iniciou a comunicação 8 vezes e obteve a média de 1,6 atos comunicativos por minuto. Utilizou quatro funções para se comunicar: Expressão de Protesto (EP), Não Focalizada (NF), Exploratória (XP) e Jogo (J). Utilizou somente uma função mais interativa (EP).

Para a mesma criança e em relação ao espaço comunicativo, tem-se o resultado constante na tabela seguinte:

Tabela 20. Participante 4 - Espaço Comunicativo

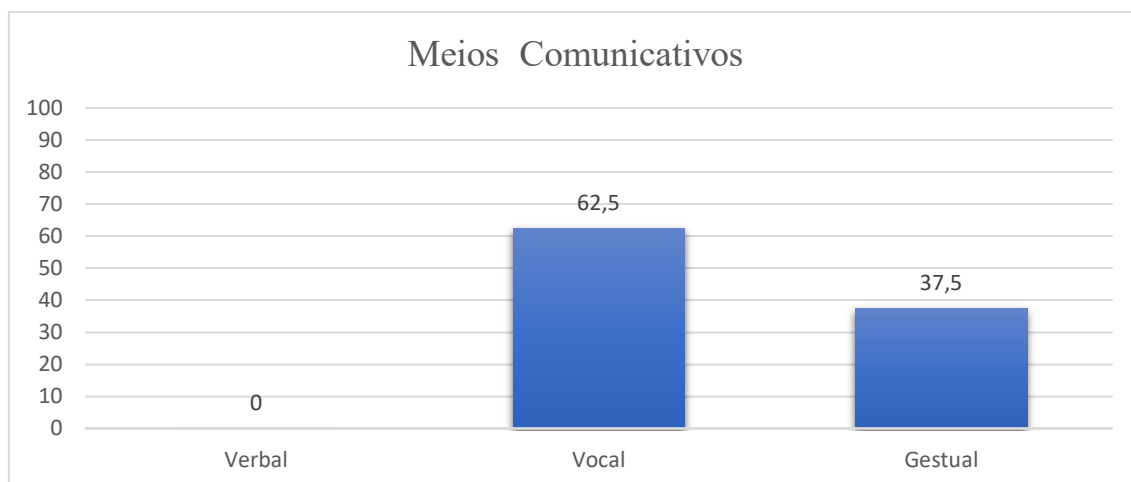


A Tabela 20 exibe a proporção de iniciativas comunicacionais utilizadas pela pesquisadora e pela criança durante toda a amostra. A criança preencheu somente 24%

do espaço comunicativo, o que exhibe que a pesquisadora se comunicou muito mais que a criança.

No que se refere aos meios comunicativos verbal, vocal e gestual, tem-se o seguinte resultado:

Tabela 21. Participante 4 - Meios Comunicativos



Verifica-se na Tabela 21 que o P4 utilizou predominantemente o meio vocal, seguido do meio gestual. Não se constatou o uso do meio verbal para se comunicar.

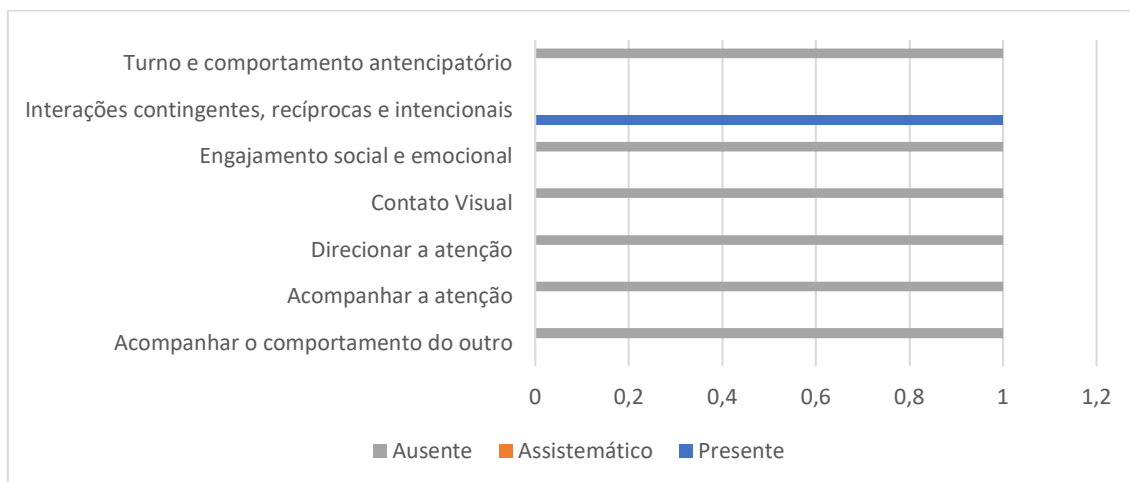
Passamos agora a mostrar os resultados da avaliação inicial do Participante 5 (P5).

Quadro 7. Participante 5 - Avaliação Inicial

Resultados da Avaliação Inicial
<p>O Participante 5 (4 anos e 1 mês) chegou para a sessão de avaliação com sua mãe e exibiu comportamento receptivo quando a pesquisadora utilizou um objeto mediador (brinquedo).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Apresentou pequena reação corporal quando ouviu o próprio nome, contudo, não dirigiu o olhar à pesquisadora as vezes em que foi chamado.▪ Exibiu prejuízos na cognição social e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 22, 23, 24 e 25.

Sobre a atenção compartilhada e o contato visual do Participante 5, tem-se o seguinte resultado:

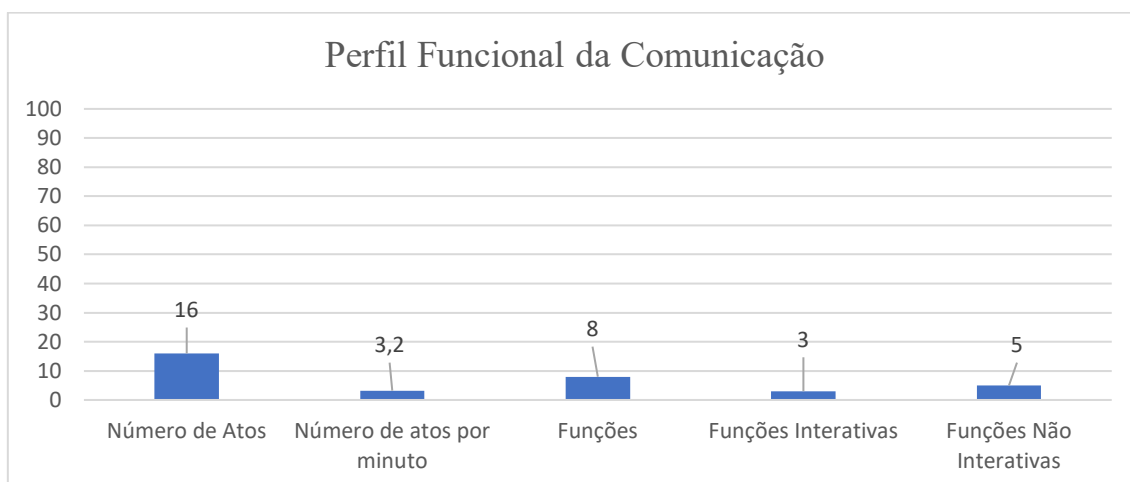
Tabela 22. Participante 5 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



A criança a que se designou por P5, exibiu dificuldades para se engajar inicialmente, mas estabeleceu conectividade afetiva com a pesquisadora quando ela utilizou um brinquedo de seu interesse. Não foi verificado comportamentos de iniciativa de atenção compartilhada com a pesquisadora, no entanto, constatou-se boa resposta à atenção compartilhada pela avaliadora. Seguiu o apontar de maneira assistemática e não reagiu quando a pesquisadora mudou a direção do seu olhar, virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Interagiu de maneira recíproca e intencional.

Em relação às habilidades comunicacionais, a Tabela 23 traz os resultados:

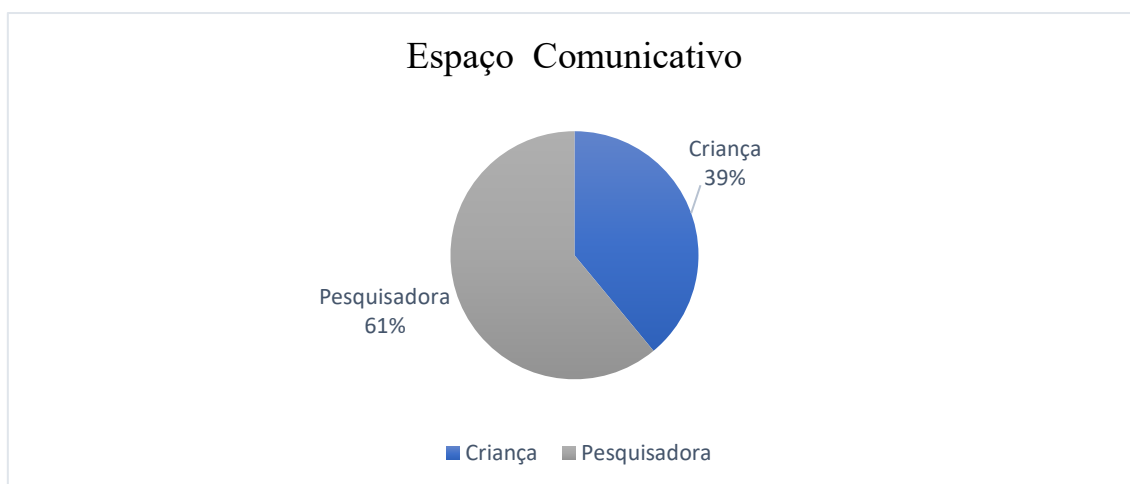
Tabela 23. Participante 5 - Habilidades Comunicacionais



Iniciou a comunicação 16 vezes e obteve a média de 3,2 atos comunicativos por minuto. Utilizou oito funções para se comunicar: Pedido de Objeto (PO), Exclamativa (EX), Protesto (PR), Performativa (PE), Não Focalizada (NF), Nomeação (N), Exploratória (XP) e Jogo (J). Utilizou três funções mais interativas (PO), (EX) e (PE).

Sobre o espaço comunicativo desta participante, a tabela seguinte traz os resultados:

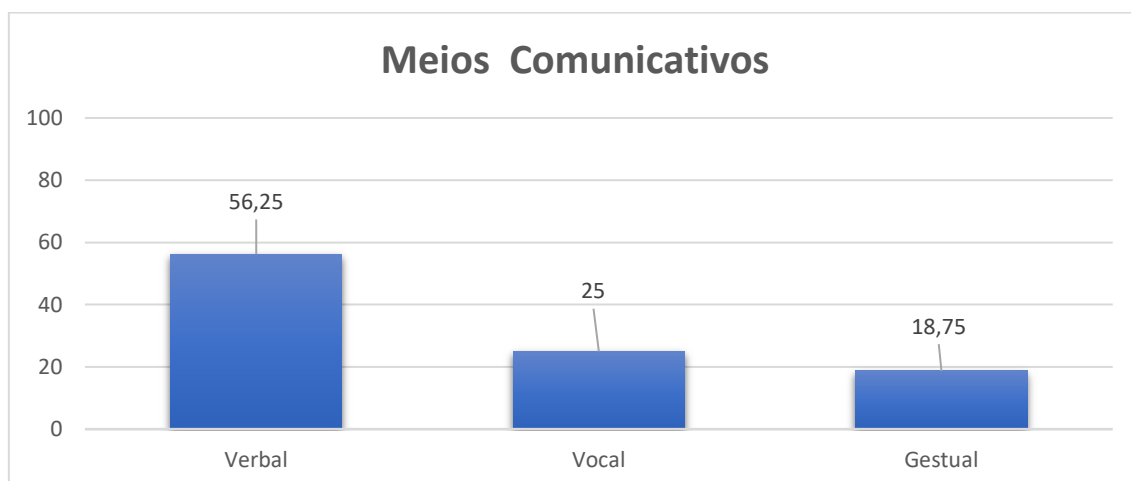
Tabela 24. Participante 5 - Espaço Comunicativo



A Tabela 24 exibe a proporção de iniciativas comunicacionais utilizadas pela pesquisadora e pela criança durante toda a amostra. A criança preencheu somente 39% do espaço comunicativo, o que exibe que a pesquisadora se comunicou muito mais que a criança.

Em relação aos meios comunicativos, apresentam-se os resultados obtidos:

Tabela 25. Participante 5 - Meios Comunicativos




Utilizou predominantemente o meio verbal, seguido do meio vocal e gestual.

Após esta avaliação inicial, foi introduzido o programa de intervenção em sessões. Este programa visava sempre a participação dos pais.

Nesta segunda sessão, intitulada **Ampliar a Atenção Conjunta**, pode ver-se na descrição das atividades a interação implementada entre pais e crianças. A pesquisadora serve de mediadora na sessão levando os pais a interagirem com o seu filho de acordo com as suas instruções.

Quadro 8. Ampliar a Atenção Conjunta

2ª Sessão – TEMA: Ampliar a Atenção Conjunta	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none">Estabelecer interações com uso de estratégias sensoriais sociais para ampliar a atenção da criança ao adulto com o uso ou não de um objeto mediador.	
Materiais Utilizados	
<ul style="list-style-type: none">Bola de sabão.Língua-de-sogra.Balão de aniversário.Massa de modelar.	
Descrição das Atividades	
<ul style="list-style-type: none">O pai ou a mãe deve se sentar frente a frente com a criança e ao perceber que ela estabeleceu o contato visual, deve começar a cantar as músicas preferidas	


dela e se a criança responder com um sorriso, olhar, aproximação ou qualquer outro comportamento, deve manter a ação de cantar. Caso não se interesse, pode ser novamente utilizada a música de uma maneira mais divertida ou mesmo outra música nova. Pode-se também utilizar algum dos materiais sugeridos para chamar sua atenção. O adulto, então, deve iniciar a ação de soprar bolhas de sabão, de encher o balão de aniversário, de assoprar a língua de sogra ou manipular a massa de modelar para manter ativa a atenção da criança a ele e ao uso que ele faz do objeto.

- A ação pode ser repetida 3 vezes e mesmo ao perceber que atividade continua motivadora, o adulto deve variar a forma como faz a ação, produzindo vocalizações, gestos, expressões faciais, movimentos mais lentos ou rápidos para gerar expectativa e manter a atenção da criança.

Verifica-se no quadro anterior que os pais são levados a procurar o contacto visual com a criança e a interagirem com ela nomeadamente a cantar as músicas preferidas da sua criança, entre outras atividades.

Na sessão seguinte, **Manter a Atenção Conjunta**, segue-se o mesmo procedimento. Os pais atuam por indicação da mediadora.

Quadro 9. Manter a Atenção Conjunta

<i>3ª Sessão – TEMA: Manter a Atenção Conjunta</i>	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer interações com uso de estratégias sensoriais sociais para manter por um minuto a atenção da criança ao adulto, com o uso ou não de um objeto mediador. 	
Materiais Utilizados	
<ul style="list-style-type: none"> • Bola de sabão. • Língua-de-sogra. • Balão de aniversário. • Massa de modelar. • Cronômetro. 	
Descrição das Atividades	
<ul style="list-style-type: none"> • A sessão três segue o mesmo procedimento realizado na sessão dois, porém foi estipulada a duração de um minuto para manter a atenção da criança neste período. • O pai ou a mãe deve se sentar frente a frente com a criança e ao perceber que ela estabeleceu o contato visual, deve começar a cantar as músicas preferidas dela e se a criança responder com um sorriso, olhar, aproximação ou qualquer outro comportamento, deve manter a ação de cantar. Caso não se interesse, pode ser novamente utilizada a música de uma maneira mais divertida ou 	

mesmo outra música nova. Pode-se também utilizar algum dos materiais sugeridos que possam chamar a atenção da criança. O adulto deve iniciar a ação de soprar bolhas de sabão, de encher o balão de aniversário, de assoprar a língua de sogra ou manipular a massa de modelar para manter ativa a atenção dela a ele e ao uso que ele faz do objeto.

- A ação pode ser repetida 3 vezes e mesmo ao perceber que atividade continua motivadora, o adulto deve variar a forma como faz a ação, produzindo vocalizações, gestos, expressões faciais, movimentos mais lentos ou rápidos para gerar expectativa e manter a atenção da criança.

Verificamos que, enquanto na sessão 2 se procurou ampliar a atenção da criança, nesta sessão o objetivo é o de Manter essa atenção.

Para o trabalho não ser demasiado extenso, optou-se por demonstrar aqui apenas duas das sessões a título de exemplo, sendo que o conjunto completo se encontra em Anexo 07.

No final da implementação das sessões procedeu-se à reavaliação das crianças para se compreender se o programa aplicado teria tido alguma influencia na melhoria dos parâmetros em estudo, ou seja, na Atenção Compartilhada e Contato Visual; nas Habilidades Comunicacionais; no Espaço Comunicativo e Meios Comunicativos.

Considerou-se que a 8ª sessão, que a seguir se apresenta, traria essa reavaliação.

Quadro 10. Reavaliação dos Participantes

8ª Sessão – TEMA: Reavaliação dos Participantes
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Reavaliar as habilidades comunicacionais da criança através de protocolos que buscavam esclarecer as funções comunicativas e o espaço comunicativo que a criança ocupou durante a interação com a pesquisadora.• Obter nível de atenção conjunta e compartilhada e a forma como a criança interagiu com a pesquisadora.
Materiais Utilizados
<p>Para reavaliação:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Protocolo da Pragmática - ABFW.✓ Protocolo de Avaliação da Cognição Social. <p>Para a intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Celular para realizar a filmagem da sessão de avaliação.✓ Um tapete de EVA (50cm x 50cm x 8cm).✓ Um pão sonoro de metal colorido.

<ul style="list-style-type: none">✓ Um jogo de encaixe de números de madeira,✓ Um tubo pequeno de bolinha de sabão.✓ Cinco miniaturas de animais: cavalo, vaca, porco, ovelha, pato.✓ Uma família miniatura de plástico: pai, mãe e filho.✓ Uma mesa e duas cadeiras miniaturas de madeira.✓ Uma bola pequena de futebol.✓ Uma cama miniatura de madeira.✓ Um livro infantil.
Descrição das Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Cada criança e seus pais foram recebidos na recepção do ambulatório de psiquiatria infantil e direcionados a sala de avaliação.• Reavaliação da criança.• Havia uma área livre coberta com tapete de EVA, onde foram dispostos os brinquedos ao seu redor.• A avaliadora orientou os pais sobre a dinâmica que seria realizada com a criança e que de preferência se mantivessem em silêncio durante o período de reavaliação.• Foi posicionado o celular e acionada a gravação, a fim de que fosse possível analisar e preencher posteriormente o protocolo da Pragmática do Teste ABFW.• A pesquisadora se sentou no tapete e observou inicialmente, qual brinquedo chamava mais a atenção da criança. Em seguida, buscou seguir a liderança da criança e tornar-se “parceira de jogo”, estabelecendo dinâmicas lúdico-interativas recíprocas.• Após interagir cerca de 40 minutos com a criança, os pais receberam brevemente algumas informações da pesquisadora sobre o desempenho da criança na reavaliação e sobre a marcação de uma outra sessão só com os pais para receberem os resultados da reavaliação e para conversarem sobre as mudanças ocorridas na rotina doméstica.

Após a realização desta sessão de avaliação final ou de reavaliação, apresentam-se agora as sínteses dos resultados por participante, bem como a comparação entre a 1ª avaliação e a final.

Assim, em relação ao Participante 1, os resultados foram os seguintes:

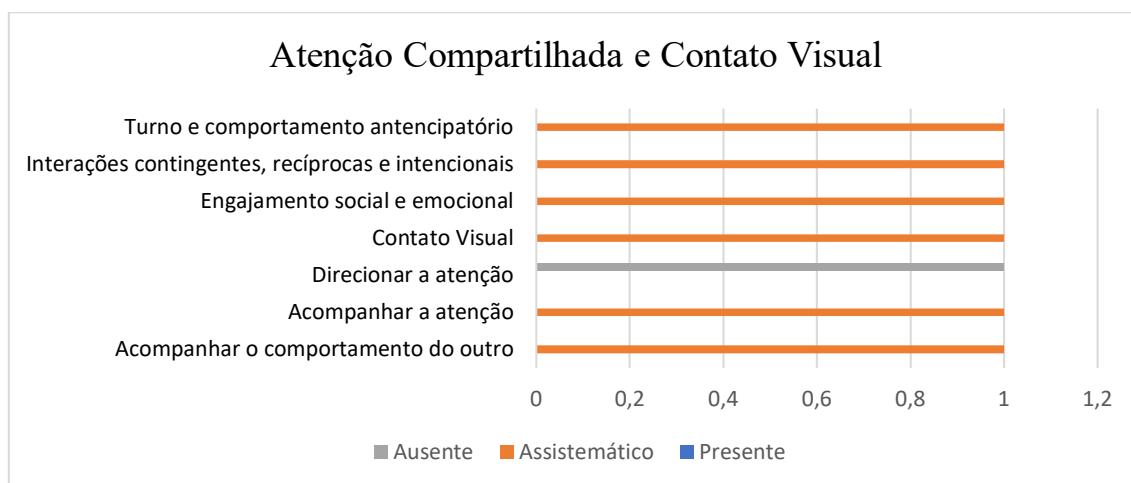
Quadro 11. Participante 1 - Sessão de Reavaliação

Resultados da Reavaliação
O Participante 1 (3 anos e 9 meses) chegou a sessão de reavaliação acompanhado por seus pais.

- Manteve o mesmo comportamento de fraca atenção ao ser chamado pelo nome.
- Apresentou pequenos progressos na atenção compartilhada e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 26, 27, 28 e 29.

No que diz respeito à atenção compartilhada e o contato visual, tem-se o seguinte resultado:

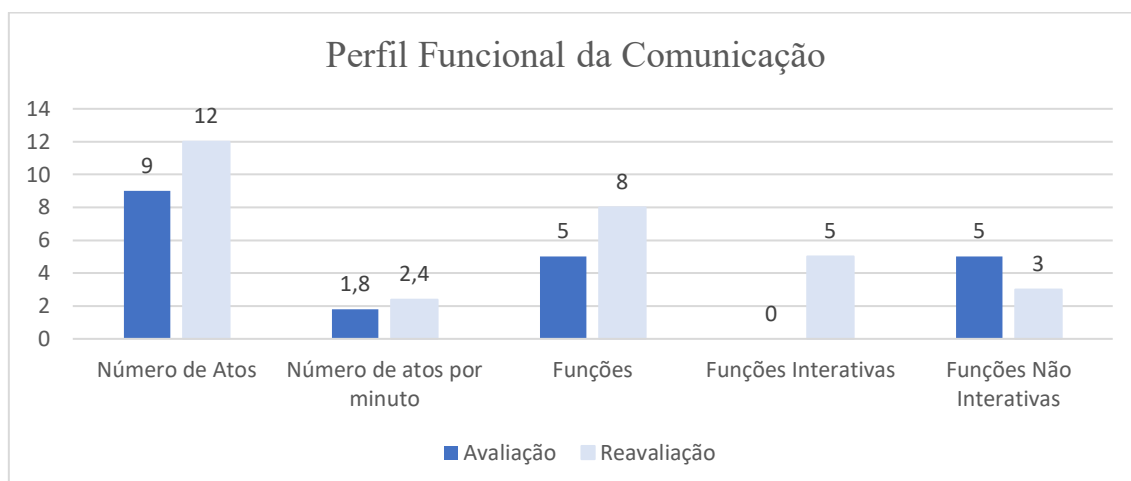
Tabela 26. Participante 1 - Reavaliação da Atenção Compartilhada e Contato Visual



Pode verificar-se que na reavaliação, exibiu ampliação do engajamento e da resposta de atenção compartilhada. Se engajou na reavaliação com mais facilidade, no entanto, não se mantém por muito tempo. Exibiu pequena ampliação na atenção conjunta e compartilhada, visto que seguiu o apontar da avaliadora (1 de 3 estímulos dados), mas não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar, virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Interagiu de maneira recíproca e intencional.

Sobre a reavaliação das habilidades comunicacionais de P1, compara-se agora a 1ª avaliação com a última.

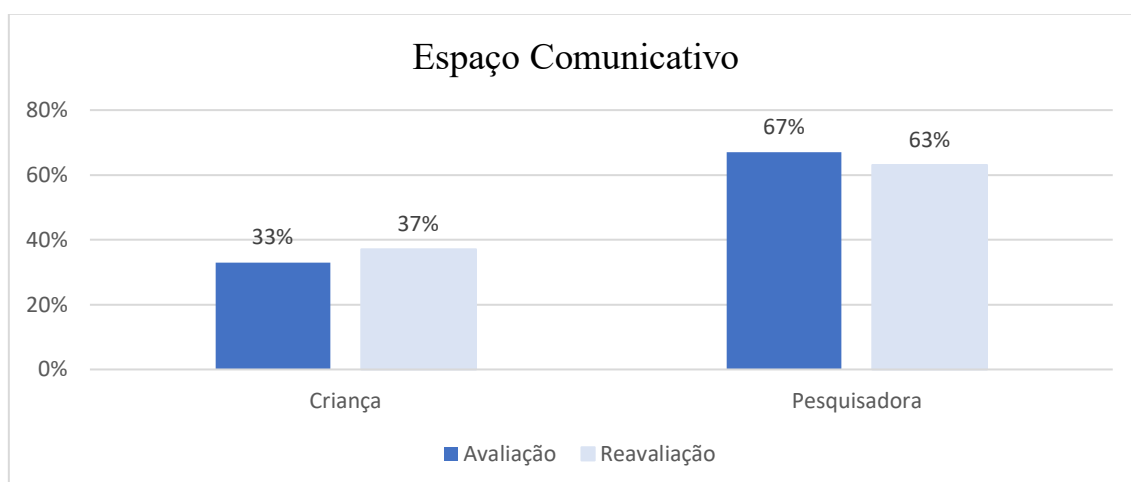
Tabela 27. Participante 1 - Reavaliação das Habilidades Comunicacionais



Na Tabela 27, visualiza-se que a reavaliação exibiu ampliação do número da atos comunicativos e das funções utilizadas para se comunicar. Iniciou a comunicação 12 vezes e ampliou o número de atos comunicativos por minuto para 2,4 atos. Ampliou o repertório de comunicação e utilizou 8 funções: Pedido de Objeto (PO), Expressão de Protesto (EP), Pedido de Rotina Social (PS), Pedido de Ajuda (PA), Não focalizada (NF), Exploratória (XP), Auto regulatória (AR) e Jogo Compartilhado (JC). Produziu cinco funções mais interativas: (PO), (EP), (PS), (PA) e (JC).

No que se refere à comparação inicial e final no parâmetro Espaço Comunicativo, tem-se o seguinte resultado:

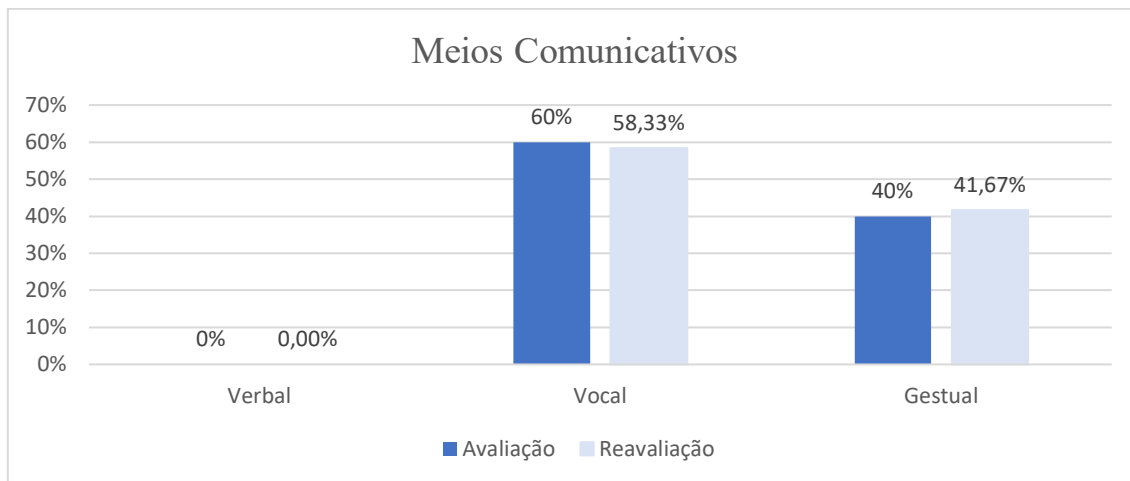
Tabela 28. Participante 1 - Reavaliação do Espaço Comunicativo



A comparação entre as avaliações exibiu discreta ampliação do espaço comunicativo da criança, mas ainda se percebe discrepância entre o número de iniciativas comunicativas feitas pela pesquisadora e pela criança, com superioridade para a primeira.

Em relação aos meios comunicativos, também se verificam alterações.

Tabela 29. Participante 1 - Reavaliação dos Meios Comunicativos



Pode ver-se na Tabela 29 que a reavaliação exibiu diminuição do uso do meio vocal e ampliação do meio gestual. A criança não utilizou o meio verbal para se comunicar.

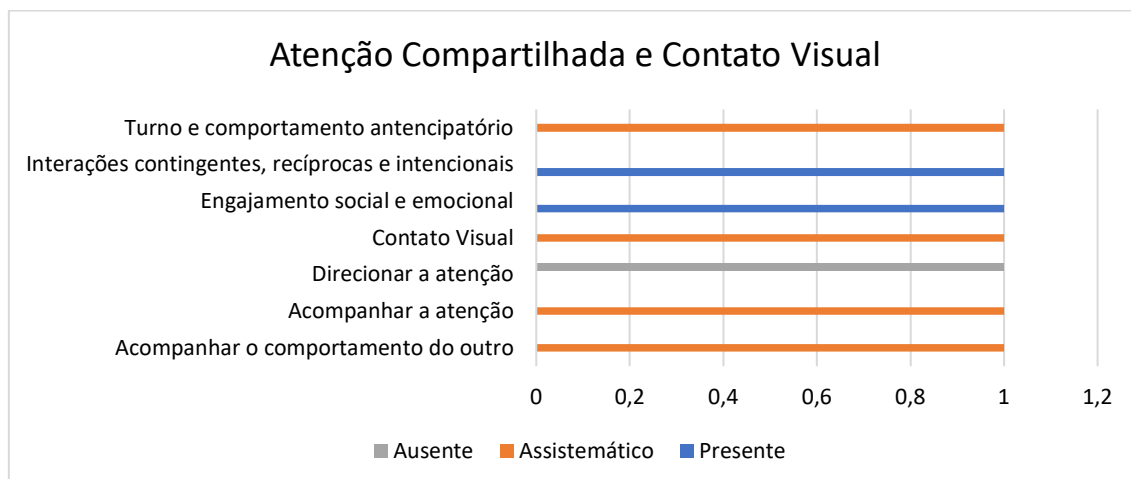
Demonstram-se agora os resultados do Participante 2. Em síntese, na sessão de reavaliação observou-se que:

Quadro 12. Participante 2 - Sessão de Reavaliação

Resultados da Reavaliação
A Participante 2 (4 anos e 5 meses) foi acompanhada à sessão de reavaliação por seus pais. Constataram-se os seguintes resultados:
<ul style="list-style-type: none">▪ Reagiu algumas vezes quando chamada pelo nome (2 de 5 estímulos dados).▪ Apresentou pequenos progressos na atenção compartilhada e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 30, 31, 32 e 33.

Em relação ao parâmetro atenção compartilhada e o contato visual, tem-se o seguinte resultado:

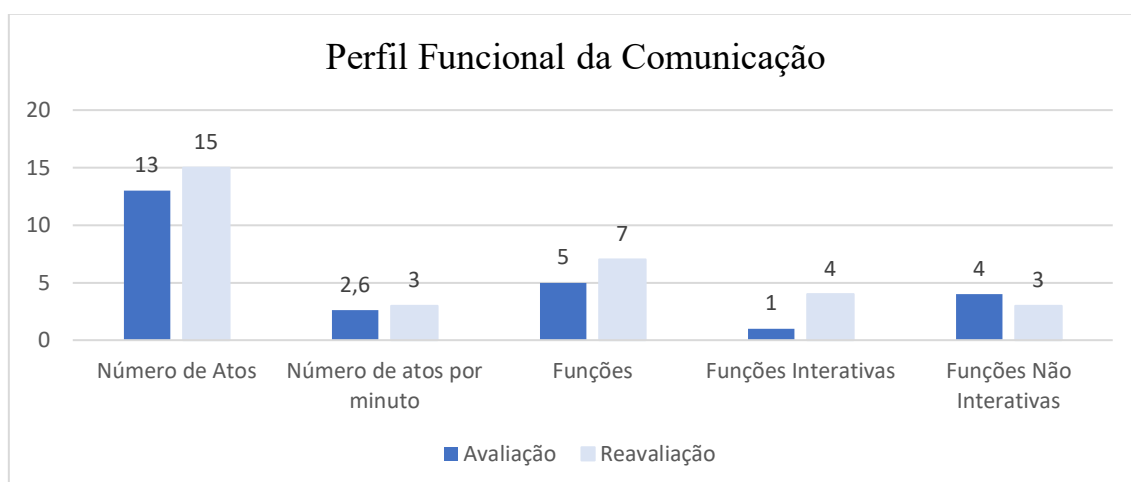
Tabela 30. Participante 2 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



Ao observar-se a Tabela 30, pode constatar-se que a reavaliação exibiu ampliação do engajamento e da resposta de atenção compartilhada. Engajou com a pesquisadora e se manteve engajada por um período maior de tempo. Exibiu pequena ampliação na manutenção do olhar. Conseguiu dividir um pouco melhor a atenção dada ao objeto e a pesquisadora. Seguiu parcialmente o apontar da pesquisadora (1 de 3 estímulos), mas não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar (0 de 3 estímulos), virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Interagiu de maneira recíproca e intencional.

Comparam-se agora as duas avaliações:

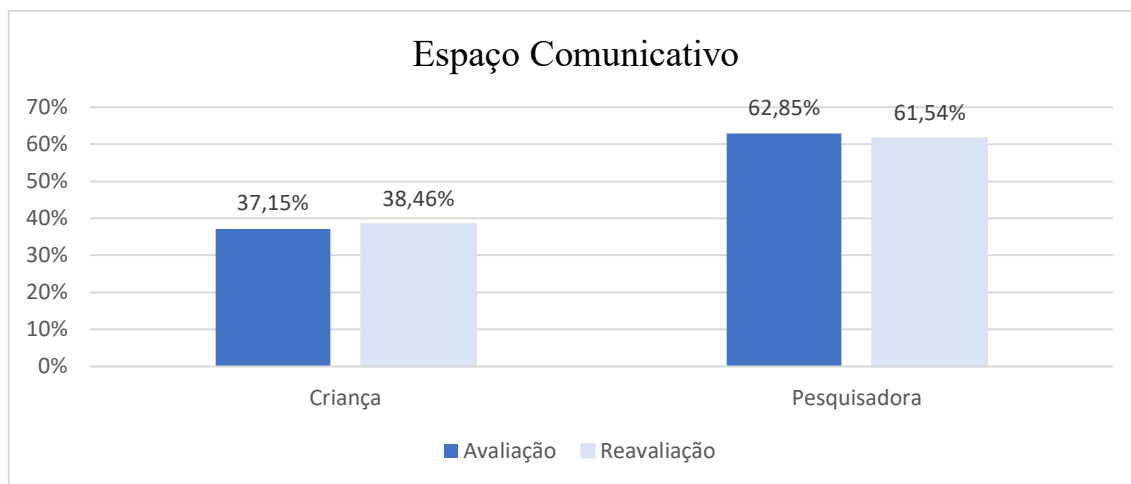
Tabela 31. Participante 2 - Habilidades Comunicacionais



Na Tabela 31, verifica-se uma ampliação do número da atos comunicativos e das funções utilizadas para se comunicar. Iniciou a comunicação 15 vezes e ampliou o número de atos comunicativos por minuto para 3 atos. Ampliou o repertório de comunicação e utilizou 7 funções: Pedido de Objeto (PO), Pedido de Rotina Social (PS), Pedido de Ação (PA), Exploratória (XP), Performativa (PE), Reativa (RE) e Jogo Compartilhado (JC). Produziu quatro funções mais interativas: (PO), (PS), (PA) e (JC), enquanto que na avaliação utilizou somente uma. Observou-se na reavaliação diminuição do uso de funções menos interativas, pois na avaliação utilizou 4 e na reavaliação utilizou 3.

No que se refere à comparação do espaço comunicativo de P2:

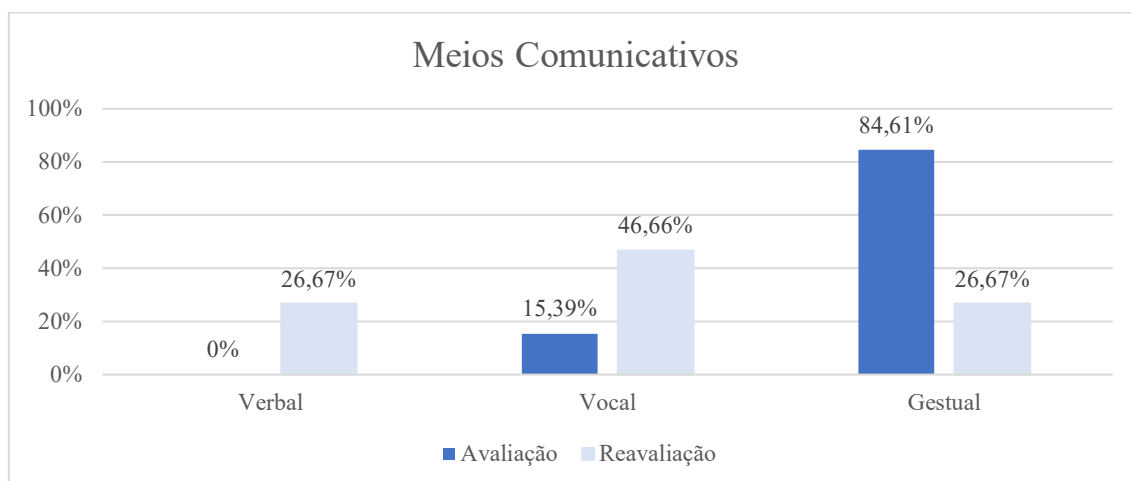
Tabela 32. Participante 2 - Espaço Comunicativo



A Tabela 32 demonstra que a reavaliação exibiu diminuta ampliação do espaço comunicativo da criança e ainda se percebe a discrepância entre o número de iniciativas comunicativas feitas pela pesquisadora e pela criança, com superioridade para a pesquisadora.

Em relação aos meios comunicativos, na comparação entre as avaliações P2 apresenta os seguintes resultados:

Tabela 33. Participante 2 - Meios Comunicativos



Na Tabela 33, a comparação evidencia o surgimento do meio verbal para se comunicar (fala “ma” para pedir mais cosquinhas dos pais). Percebeu-se outra configuração de utilização dos meios vocal e gestual, sendo constatado o acréscimo do primeiro e diminuição do segundo.

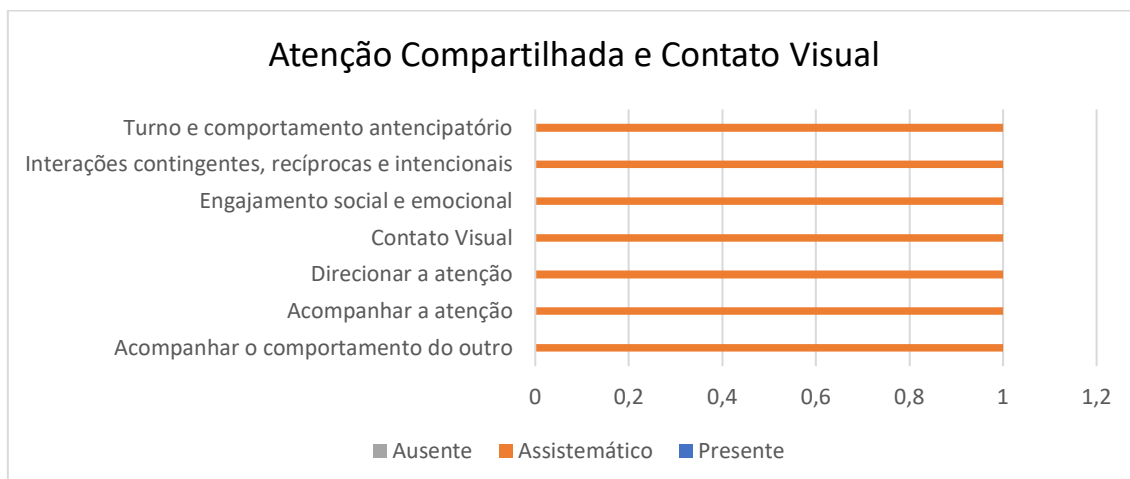
No que ao Participante 3 diz respeito, apresentam-se os dados observados:

Quadro 13. Participante 3 - Sessão de Reavaliação

Resultados da Reavaliação
<p>A Participante 3 (3 anos e 8 meses) entrou na sala para a reavaliação acompanhada por sua mãe. Constataram-se os seguintes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Manteve o mesmo perfil de reação quando chamada pelo nome (2/5), exibindo pouca responsividade.▪ Apresentou pequenos progressos na atenção compartilhada e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 34, 35, 36 e 37.

Em relação à atenção compartilhada e contato visual, os resultados são os seguintes:

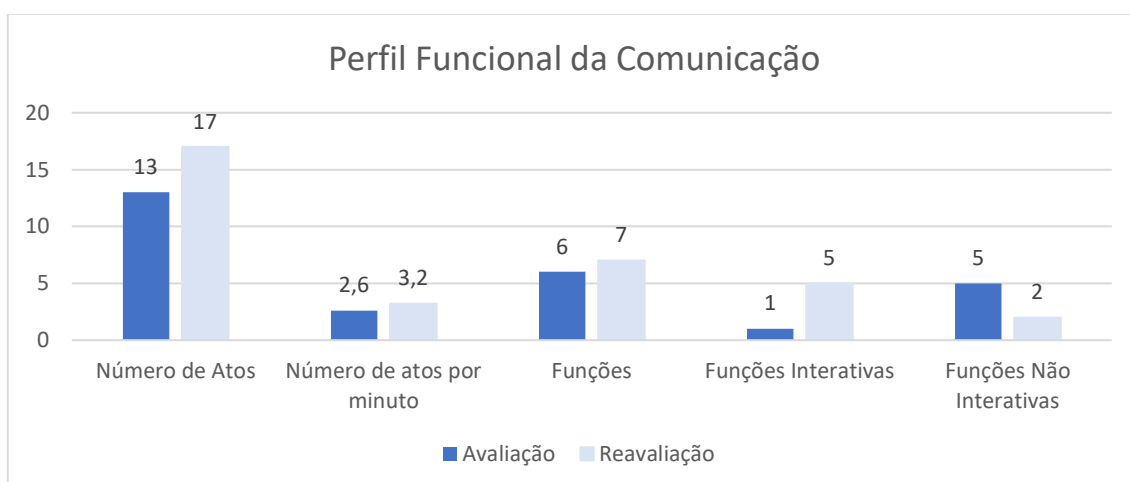
Tabela 34. Participante 3 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



A criança exibiu ampliação do engajamento e da resposta de atenção compartilhada. Se engajou mais facilmente e se manteve engajada por um tempo maior. Evidenciou pequena ampliação na manutenção do olhar. Seguiu, parcialmente, o apontar da pesquisadora (1 de 3 estímulos), mas não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar (0 de 3 estímulos), virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Quanto à iniciativa da atenção compartilhada, a criança apresentou uma iniciativa de compartilhar o interesse com sua mãe. Interagiu de maneira recíproca e intencional.

Em relação à comparação entre a 1ª avaliação e a última nas habilidades comunicacionais de P3, verifica-se que:

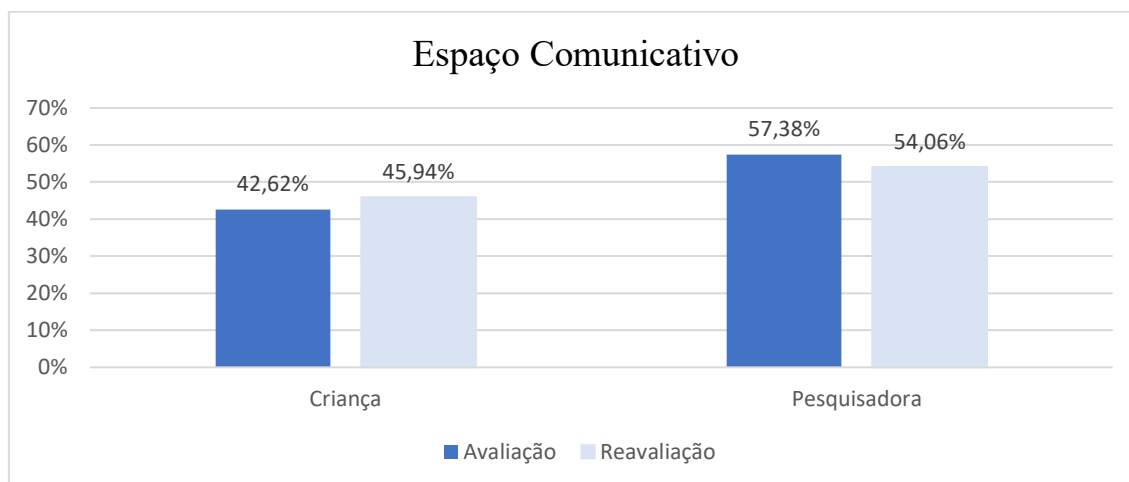
Tabela 35. Participante 3 - Habilidades Comunicacionais



Na Tabela 35, constata-se que a criança exibiu ampliação do número de atos comunicativos e das funções utilizadas para se comunicar, assim como ampliação das funções mais interativas e decréscimo das funções menos interativas. Iniciou a comunicação 17 vezes e ampliou o número de atos comunicativos por minuto para 3,2 atos. Ampliou o repertório de comunicação e utilizou 7 funções: Pedido de Objeto (PO), Pedido de Ação (PA), Pedido de Informação (PI), Não Focalizada (NF), Nomeação (N), Auto Regulatória (AR) e Jogo Compartilhado (JC). Produziu cinco funções mais interativas: (PO), (PA), (PI), (N) e (JC), enquanto que na avaliação utilizou somente duas. Observou-se na reavaliação diminuição no uso de funções menos interativas, passando de 5 para 1 função e em contrapartida, ampliação no uso de funções mais interativas, passando de 1 para 5 funções.

A comparação das avaliações efetuadas no parâmetro espaço comunicativo de P3, pode ser conferido na tabela abaixo:

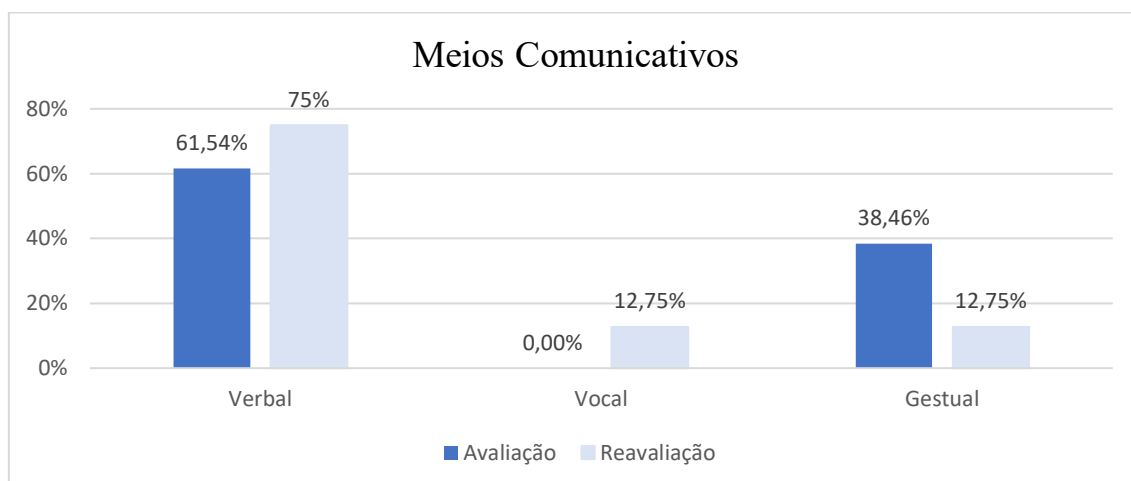
Tabela 36. Participante 3 - Espaço Comunicativo



Observou-se que existe discreta ampliação do espaço comunicativo da criança e ainda se percebe discrepância entre o número de iniciativas comunicativas feitas pela pesquisadora e pela criança, com superioridade para a primeira.

Na tabela seguinte, percebe-se o antes e o depois da aplicação do programa no P3:

Tabela 37. Participante 3 - Meios Comunicativos



A Tabela 37 evidenciou o incremento do meio verbal, o uso do meio vocal e a diminuição do uso do meio gestual. Percebeu-se outra configuração de utilização entre os meios utilizados.

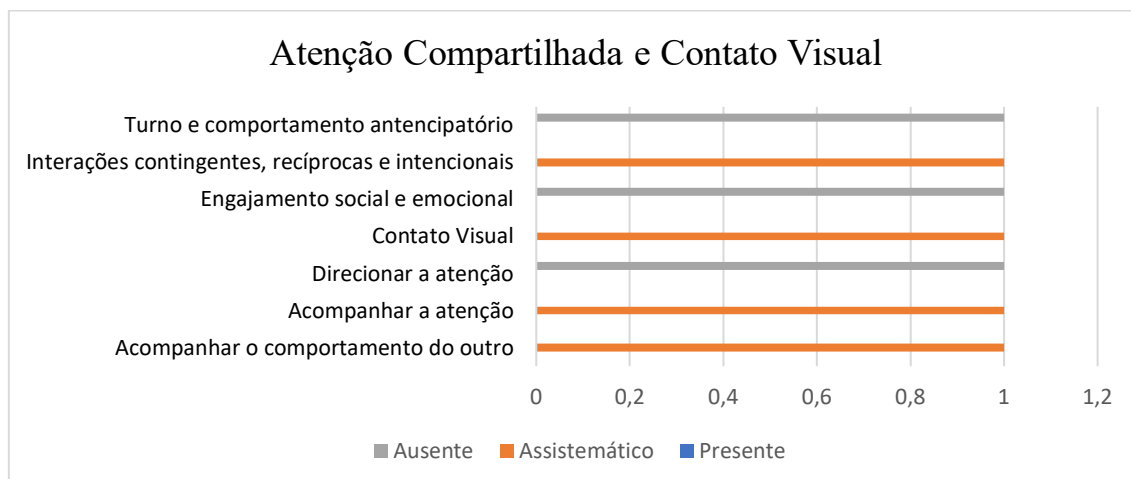
De seguida, apresentam-se os resultados do Participante 4 (P4):

Quadro 14. Participante 4 - Sessão de Reavaliação

Resultados da Reavaliação
<p>O Participante 4 (3 anos e 6 meses) entrou na sala para a reavaliação acompanhado por seus pais.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Não atendeu quando chamado pelo nome (0/5).▪ Estabeleceu mais o contato visual, mas ainda não sustenta.▪ Apresentou discretos progressos na atenção compartilhada e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 38, 39, 40 e 41.

Em relação à atenção compartilhada e o contato visual, observou-se o seguinte:

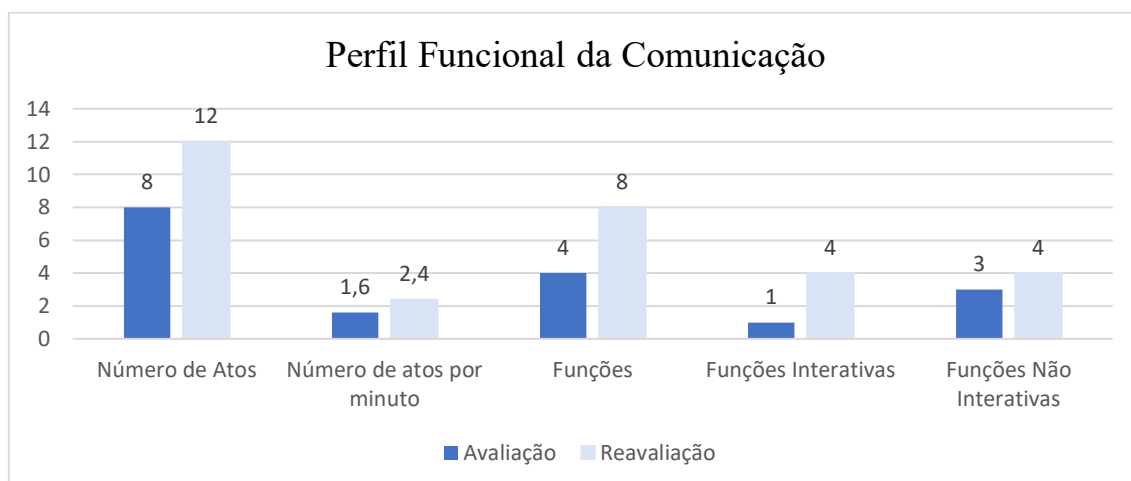
Tabela 38. Participante 4 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



Constatou-se a manutenção das dificuldades para engajar-se com a pesquisadora e pequena ampliação da resposta de atenção compartilhada. Se engajou com dificuldade e necessitou ser bastante estimulado para manter o engajamento. Evidenciou pequena ampliação do contato ocular, porém não consegue sustentar. Seguiu, parcialmente, o apontar da pesquisadora (1 de 3 estímulos), mas não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar (0 de 3 estímulos), virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Quanto à iniciativa da atenção compartilhada, a criança não apresentou iniciativa de compartilhar o seu interesse com a pesquisadora. Interagiu de maneira recíproca e intencional, no entanto, necessitou de grande estímulo para estabelecer tais modalidades interacionais.

Em relação ao parâmetro habilidades comunicacionais do P4, a tabela seguinte mostra comparativamente os resultados:

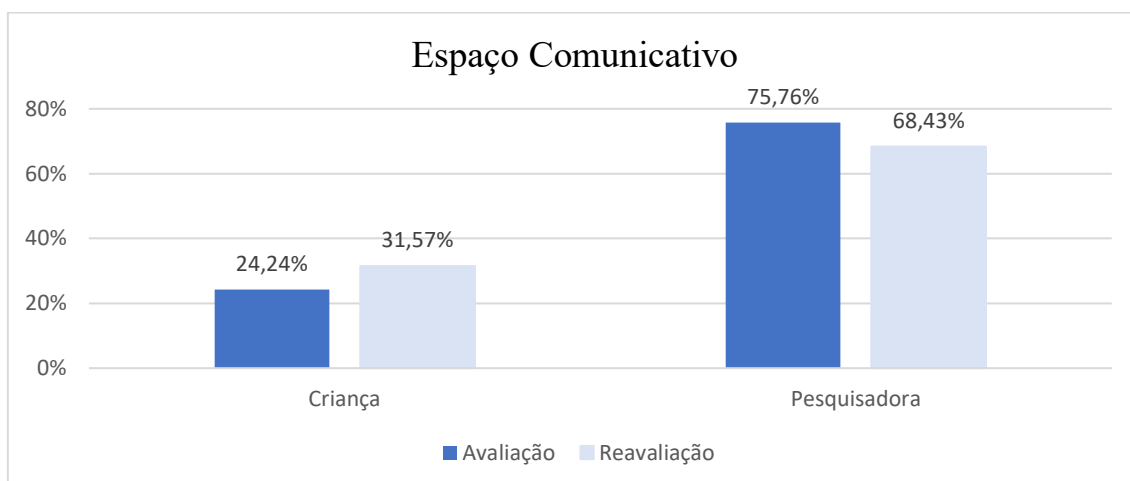
Tabela 39. Participante 4 - Habilidades Comunicacionais



A Tabela 39 mostra que existiu ampliação do número da atos comunicativos e das funções utilizadas para se comunicar. Iniciou a comunicação 12 vezes e ampliou o número de atos comunicativos por minuto para 2,4 atos. Dobrou o número de funções utilizadas para se comunicar e passou de 4 para 8 funções: Pedido de Objeto (PO), Pedido de Ação (PA), Pedido de Rotina Social (PS), Não Focalizada (NF), Performativa (PE), Expressão de Protesto (EP), Exploratória (XP) e Jogo (J). Produziu quatro funções mais interativas: (PO), (PA), (PS) e (EX), enquanto que na avaliação inicial utilizou somente uma. Observou-se na reavaliação ampliação no uso de funções menos interativas, de 3 para 4 e de funções mais interativas, passando de 1 para 4 funções.

Observa-se de seguida e no que se refere ao espaço comunicativo do P4, os resultados obtidos.

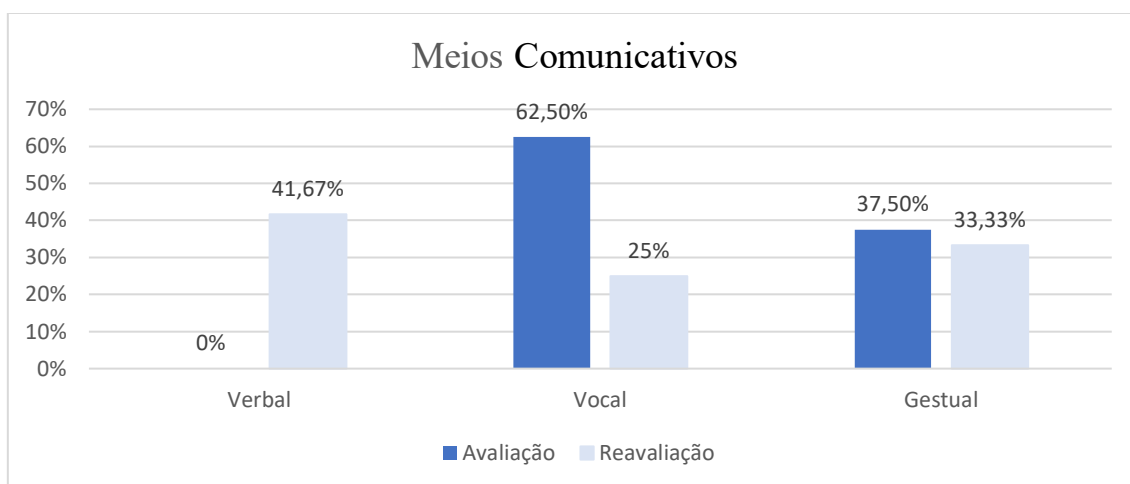
Tabela 40. Participante 4 - Espaço Comunicativo



A Tabela 40 mostra que existiu ampliação do espaço comunicativo da criança, mas constatou-se discrepância entre o número de iniciativas comunicacionais da pesquisadora e da criança, com superioridade para a primeira.

No que se refere ao parâmetro meios comunicativos do Participante 4, observou-se o seguinte:

Tabela 41. Participante 4 - Meios Comunicativos



A comparação visível na Tabela 41, revelou o uso da comunicação por meio verbal, não observado na avaliação inicial. A criança diminuiu a proporção dos atos comunicacionais por meio vocal e gestual.

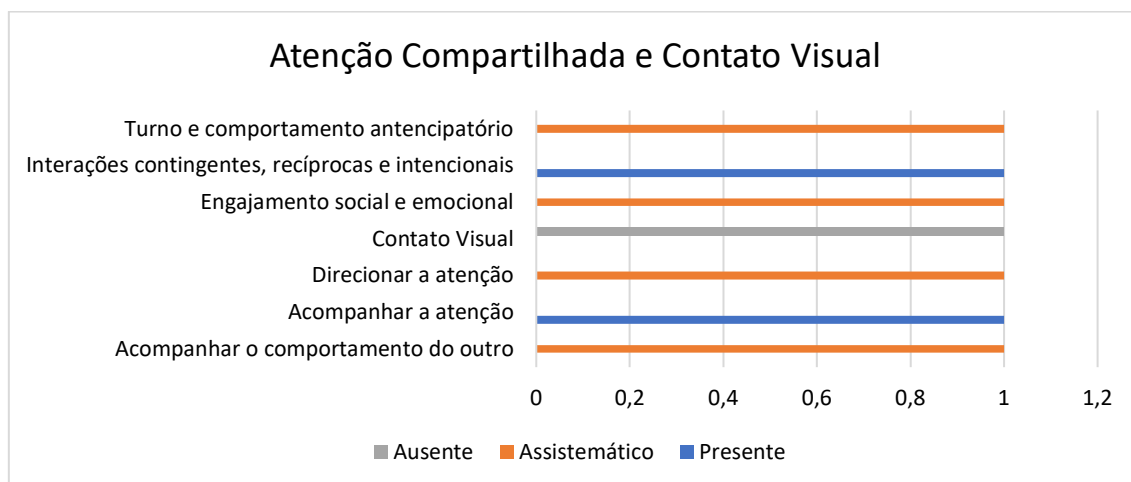
Mostram-se agora os resultados obtidos pelo Participante 5 (P5).

Quadro 15. Participante 5 - Sessão de Reavaliação

Resultados da Reavaliação
<p>O Participante 5 (4 anos e 3 meses) chegou para a sessão com sua mãe.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Apresentou boa resposta quando chamado pelo nome (3/5).▪ Apresentou discretos progressos na atenção compartilhada e nas habilidades comunicacionais, as quais serão melhor detalhadas nas tabelas 42, 43, 44 e 45.

Sobre a atenção compartilhada e contato visual de P5, tem-se o resultado abaixo:

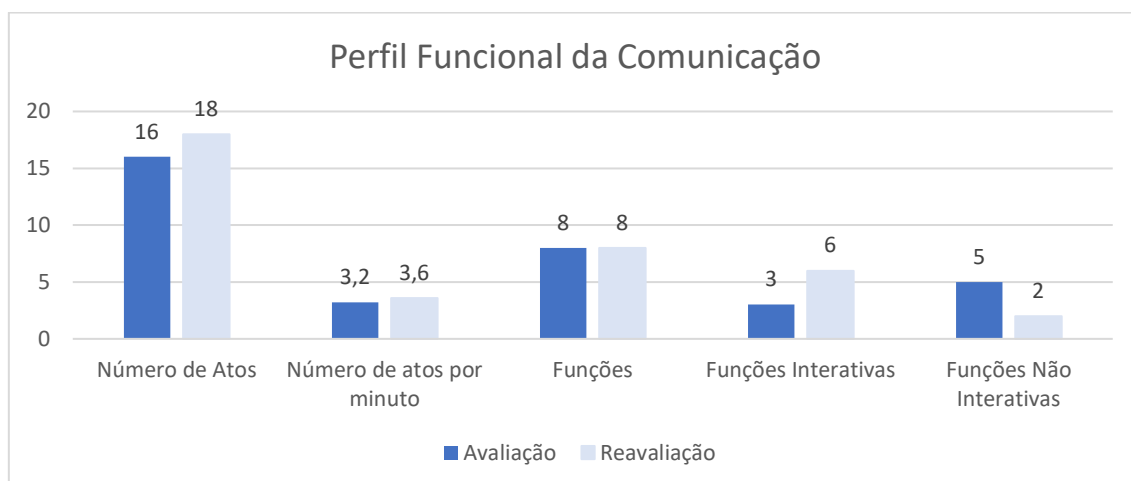
Tabela 42. Participante 5 - Atenção Compartilhada e Contato Visual



A Tabela 42 evidenciou uma maior facilidade da criança, para engajar-se com a pesquisadora e pequena ampliação da resposta de atenção compartilhada. Exibiu a manutenção do fraco contato ocular. Seguiu, parcialmente, o apontar da pesquisadora (2 de 3 estímulos), mas não reagiu quando ela mudou a direção do seu olhar (0 de 3 estímulos), virando a cabeça e permanecendo parada olhando para um ponto fixo. Quanto à iniciativa da atenção compartilhada, observou-se uma única vez este comportamento com sua mãe. Interagiu de maneira recíproca e intencional.

Sobre as habilidades comunicacionais de P5 e no que há comparação diz respeito, verifica-se que:

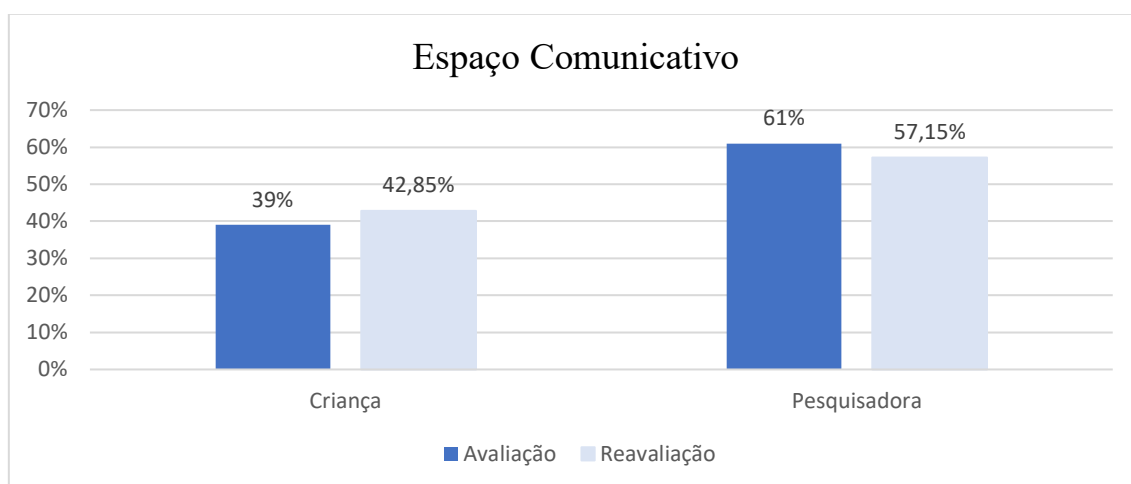
Tabela 43. Participante 5 - Habilidades Comunicacionais



Na Tabela 43, constatou discreta ampliação do número de atos comunicativos. Iniciou a comunicação 18 vezes e ampliou discretamente o número de atos comunicativos por minuto para 3,6 atos. Não ampliou a quantidade de funções utilizadas para se comunicar, entretanto, utilizou mais funções interativas que na avaliação inicial e passou de 3 para 6: Pedido de Objeto (PO), Reconhecimento do Outro (RO), Pedido de Rotina Social (PS), Exibição (E), Nomeação (N) e Jogo Compartilhado (JC). Observou-se redução no uso de funções menos interativas, de 5 para 2: Performativa (PE) e Exploratória (XP).

No que se refere ao espaço comunicativo, a comparação entre as avaliações demonstra o seguinte:

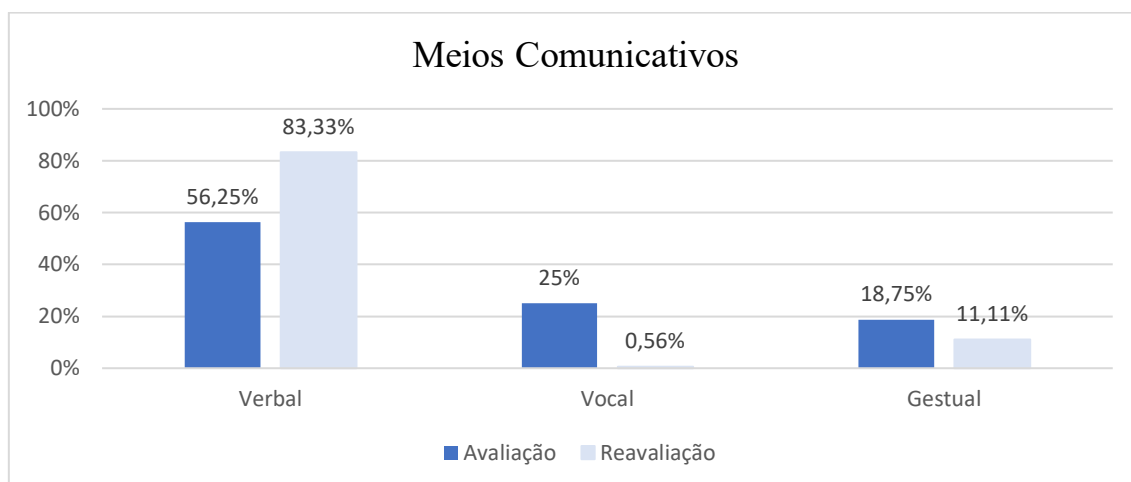
Tabela 44. Participante 5 - Espaço Comunicativo



Verifica-se na Tabela 44 uma ampliação do espaço comunicativo da criança, mas constatou-se maior ocupação do espaço pela pesquisadora.

Em relação aos meios comunicativos, a comparação evidencia o seguinte:

Tabela 45. Participante 5 - Meios Comunicativos



A Tabela 45 revelou ampliação da utilização do meio verbal para comunicação e diminuição na utilização dos atos por meio vocal e gestual.

O primeiro objetivo específico deste estudo buscava **verificar se o treinamento parental propiciava o desenvolvimento da comunicação social em crianças com PEA**. Foram evidenciados resultados positivos, os quais corroboram com o estudo de Oliveira, Schmidt e Pendeza (2020), que ressalta a eficácia da intervenção implementada pelos pais, na ampliação de habilidades sociocomunicacionais de seus filhos com PEA, assim como de suas mães.

Todas as crianças do estudo ampliaram o nível de engajamento social com a pesquisadora na sessão de reavaliação, assim como a qualidade das interações estabelecidas com ela, o que demonstra concordância com a literatura científica, a qual afirma que a conexão afetiva propicia interações sociais recíprocas (Fiore-Correia & Lampreia, 2012).

Constatou-se ainda, que após o treinamento parental, os níveis de Respostas dos Participantes à Atenção Compartilhada (RAC) pelo adulto ampliaram qualitativamente,

embora, somente duas crianças tenham apresentado Iniciativas de Atenção Compartilhada (IAC). Tais resultados reforçam as afirmações de Rice et al. (2016) sobre o impacto das alterações nucleares da PEA sobre o desenvolvimento da comunicação (Oliveira, Schmidt & Pendeza, 2020).

Segundo Fernandes et al. (2022), o terapeuta da fala possui as competências necessárias para a construção de planos de intervenção que contemplem as necessidades, as peculiaridades, o perfil social e de comunicação do indivíduo com PEA. Sendo assim, a pesquisadora elaborou um plano de treinamento parental, priorizando a participação ativa das famílias no que tange ao reforçamento de qualquer tentativa de comunicação do seu filho.

Encorajou os familiares a estimularem intensamente em seus filhos o uso de gestos e a ampliação do contato visual, o que de acordo com Trevarthen (2016), a diminuição de ambos os comportamentos na Perturbação do Espectro do Autismo são secundários aos déficits reciprocidade socioemocional e na sincronia para compartilhamento de interesses.

Relativamente ao segundo objetivo: **Compreender se as crianças com diagnósticos de autismo quando estimuladas por seus pais ampliam as habilidades comunicacionais após o período de treinamento parental**, obtiveram-se os seguintes resultados:

As crianças aumentaram as iniciativas de comunicação exibindo o incremento de 3 atos comunicativos na média geral. Fizeram uso de funções mais interativas, que revelaram promoção sociocomunicacional. Esta resultância é também observada no estudo de Fernandes et al. (2011), o qual exibiu respostas semelhantes, diante da ampliação das habilidades comunicacionais de indivíduos com PEA, cujas mães receberam orientações de terapeutas da fala, em como potencializar o desenvolvimento de seus filhos, nas rotinas domésticas.

O estudo também evidenciou que todas as crianças apresentaram redução no uso de funções menos interativas, com exceção da criança 4, que obteve na reavaliação o acréscimo de 1 função não interativa, em relação a avaliação inicial.

Quanto mais cedo são estimuladas as competências comunicacionais dos indivíduos com PEA, maior a possibilidade deles estabelecerem interações apropriadas com seu grupo social e, conseqüentemente, menor impacto no comportamento adaptativo destes indivíduos. Os déficits comunicacionais geram marcadas dificuldades sociais que acompanham o indivíduo com PEA ao longo da vida (APA, 2013). A melhor direção para mitigar os atrasos no desenvolvimento da comunicação e da linguagem de indivíduos com PEA é a intervenção precoce. Nesta sentido, Rogers e Dawson (2014) constroem o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM - *Early Start Denver Model*) o qual evidenciou resultados promissores na ampliação da fala espontânea de crianças com PEA, cujos pais receberam treinamento para implementar o programa (Löhr, Rogers & Dawson, 2016).

Este estudo buscou facilitar a adesão das famílias formulando de maneira mais flexível a caracterização dos pais participantes. Para tanto, foram aceitas as seguintes composições: tríades de pai-mãe-filho(a); e díades de mãe-filho(a) ou pai-filho(a).

Segundo Badin e Ruas (2022), pais de crianças com PEA necessitam de uma rede de apoio, devido aos sentimentos de estresse, medo e angústia, com a chegada do diagnóstico. Precisam ser qualificados e encorajados a potencializar suas rotinas diárias, através de orientações específicas, a fim de estimular o desenvolvimento de seus filhos e criar oportunidades de aprendizagem no dia a dia.

IV – Conclusão

A influência de um Programa de Treinamento Parental na Comunicação Social de Crianças em Idade Pré-escolar com Perturbação do Espectro do Autismo, tema desta dissertação nos apresenta a reflexão sobre o diagnóstico e o tratamento de crianças com PEA, a intervenção precoce, as habilidades sociocomunicacionais das crianças com PEA, o desenvolvimento da comunicação social, bem como o programa de treinamento parental na comunicação social.

A dificuldade de interação, comunicação e comportamento social são características inerentes às crianças com PEA e o treinamento parental pode corroborar com o desenvolvimento emocional, cognitivo, motores e sensoriais associados.

A dissertação traz os resultados da pesquisa empírica, respondendo aos objetivos específicos.

Em relação ao objetivo 1. Verificar se o treinamento parental propicia o desenvolvimento da comunicação social em crianças com PEA, os resultados apurados revelaram que houve ampliação na qualidade da resposta relacionada aos precursores da comunicação social, tais como: engajamento social, contato visual, atenção compartilhada e interação social recíproca.

O objetivo 2. Compreender se as crianças com diagnósticos de autismo quando estimuladas por seus pais ampliam as habilidades comunicacionais após o período de treinamento parental, traz a reflexão acerca do resultado de que é possível através de programas de treinamento com as famílias, ampliar a incidência de iniciativas comunicativas mais interativas de crianças com PEA. Constatou-se também o aumento no uso de funções mais interativas para se comunicar e, em contrapartida, houve a diminuição das funções menos interativas, salvo em uma criança que possuía nível de suporte 2, onde constatou-se o acréscimo de funções mais interativas e também de uma função menos interativa.

Em relação às limitações da pesquisa, o número de famílias da amostra se revelou pequeno, o que nos faz ter cautela para generalizar os resultados.

Outra limitação do estudo foi a pandemia do COVID-19 que levou a exclusão de uma família, atrasou a abertura de estabelecimentos públicos e o trânsito das pessoas.

Ainda, referindo-se às limitações, a demora para a aprovação da Plataforma Brasil gerou mudanças substanciais no cronograma da pesquisa.

Os contributos dessa pesquisa serão acerca de um programa de treinamento parental que explicita durante as orientações a quantidade de estímulos e quais as ações que a família deve realizar junto à criança em casa. A falta de previsibilidade sobre quantas vezes é necessário estimular a comunicação, tornam as orientações muito vagas e não esclarece plenamente às famílias qual a quantidade de estímulos são necessários para que seu filho amplie as competências de comunicação.

Conclui-se que o programa de treinamento parental influencia positivamente a comunicação social de crianças em idade pré-escolar com Perturbação do Espectro do Autismo, no entanto, sugerem-se novas pesquisas com um maior número de participantes e um aumento do número de sessões por participante que tragam mais contributos à área de treinamento parental para famílias de indivíduos com PEA, que necessitam de suporte especializado e de acolhimento durante sua jornada.

Referências

- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Autism Spectrum Disorder* [Fact Sheet]. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>>. [Consultado em: 05/12/2013].
- Anderson, K. A. *et alii*. (2018). Transition of individuals with autism to adulthood: A review of qualitative studies. *Pediatrics*, 141, pp.318-327.
- Andrade, C. R. F. *et alii*. (2000). *Teste de linguagem infantil nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática*. São Paulo, Pró-Fono.
- Andrade, C. R. F. *et alii*. (2004). *ABFW: Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática*. 2. ed. Barueri, Pró-Fono.
- Badin, K. B. C. e Ruas, T. (2022). A orientação parental como potencializadora do desenvolvimento e comunicação e da linguagem em crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). In: Araújo, P. S., Araújo, D. R. L. e Gouveia, L. B. *Reflexões sobre a Educação no Século XXI – Da tecnologia à inclusão*. Belo Horizonte, Editora Conhecimento.
- Bai, D. *et alii*. (2019). Association of Genetic and Environmental Factors with Autism in a 5-Country Cohort. *JAMA Psychiatry*, 76(10), pp.1035-1043.
- Bailey, A. *et alii*. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychol Med.*, 25(1), pp.63-78.
- Bagaiolo, L. F. *et alii*. (2018). Capacitação parental para comunicação funcional e manejo de comportamentos disruptivos em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 18(2).
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 74, p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- Brites, L. e Brites, C. (2019). *Mentes Únicas: Aprenda como descobrir, entender e estimular uma pessoa com autismo e desenvolva suas habilidades impulsionando seu potencial*. Belo Horizonte, Editora Gente.
- Bosa, C. A. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, pp.47-53.
- Bosa, C. A., Backes, B. e Zanon, R. B. (2017). Avaliação sociocomunicativa nos casos de suspeita de autismo: diretrizes para a hora lúdica diagnóstica. In: Bosa, C. A. e

Teixeira, M. C. T. V. (Orgs.). *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica*. São Paulo, Editora Hogrefe.

- Carpenter, M., Pennington, B. F. e Rogers, S. J. (2002). Interrelations among social-cognitive skills in young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 32(2), pp.91-106.
- Costa, D. C. F. D. (2014). *Intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo*. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor). Saraiva, H. P. G. F. (Orientador). Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa.
- Coutinho, A. A. *et alii*. (2013). *Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças*. Psicanálise, autismo e saúde pública. São Paulo.
- Dawson, G. *et alii*. (2010). Randomized controlled trial of the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125, pp.1-7.
- Dawson, G. *et alii*. (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(11), pp.1150-1159.
- Duarte, C. P. *et alii*. (2016). Diagnóstico e intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo: Relato de um caso. Capítulo 4. *In: Caminha, V. L. dos S. et alii*. (Orgs.). *Autismo: vivências e caminhos*. São Paulo, Editora Blucher.
- Fernandes, F. D. M. *et alii*. (2011). Orientação a mães de crianças do espectro autístico a respeito da comunicação e linguagem. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(1), pp.1-7.
- Fernandes, F. D. M. *et alii*. (2022). O papel do fonoaudiólogo e o foco da intervenção no TEA. *CoDAS*, 34(5).
- Fiore-Correia, O. e Lampreia, C. (2012). A conexão afetiva nas intervenções desenvolvimentistas para crianças autistas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), pp. 926-941.
- Fiore-Correia, O. B., Lampreia, C. e Sollero-de-Campos, F. (2010). As falhas na emergência da autoconsciência na criança autista. *Psicologia Clínica*, 22, pp.99-121.
- Griesi-Oliveira, K. e Sertié, A. L. (2017). Autism spectrum disorders: an updated guide for genetic counseling. *Einstein*, 15(2), pp.233-238.
- Hall, H. R. e Graff, C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 34(1), pp.4-25.

- Hoang, N. *et alii.* (2017). Whole genome sequencing resource identifies 18 new candidate genes for autism spectrum disorder. *Nature neuroscience*, 20(4), pp.602-611.
- Jones, W. e Klin, A. (2013). Attention to eyes is present but in decline in 2–6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504, pp.427-431.
- Koegel, L. K. *et alii.* (2014). The importance of early Identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language pathology*, 16(1), pp.50-56.
- Löhr, T., Rogers, S. J. e Dawson, G. (2016). Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização. *Educar em Revista*, 32(59), pp.293-297.
- Loureiro, S. M. P. F. F. (2020). *Desafios da parentalidade em famílias de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Construção e implementação do programa “No “PE” do Autismo”*. Dissertação (Mestrado em Intervenção Psicossocial em Crianças e Jovens em Risco). Felizardo, S. e Xavier, P. (Orientadoras). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Educação de Viseu. Portugal.
- Malheiros, G. C. *et alii.* (2017). Benefícios da intervenção precoce na criança autista. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 12(1), pp. 36-44.
- Miele, F. G. e Amato, C. A. D. L. H. (2016). Transtorno do espectro autista: Qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares. *Revisão de Literatura. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 16(2), pp.89-102.
- Montenegro, M. A. e Casella, E. B. (2018). Vacinas, caseína, glúten, etc. cap. 4. In: Montenegro, M. A., Celeri, E. H. R. V. e Casella, E. B. (Orgs.). *Transtorno do Espectro Autista (TEA) – Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Thieme Revinter Publicações LTDA.
- Mota, A. C. W., Vieira, M. L. e Nuernberg, A. H. (2020). Programas de intervenções comportamentais e de desenvolvimento intensivas precoces para crianças com TEA: Uma revisão de literatura. *Revista Educação Especial*, 33, pp.1-27.
- Murari, S. C. e Micheletto, N. (2018). Avaliação de comportamentos em puericultura para identificação precoce do transtorno do espectro autista. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(3), 54-72.
- Oliveira, C. R. de A. e Souza, J. C. (2021). Neurobiology of infantile autism. *Research, Society and Development*, 10(1).
- Oliveira, J. J. M. de., Schmidt, C. e Pendeza, D. P. (2022). Intervenção Implementada Pelos Pais e Empoderamento Parental no Transtorno do Espectro Autista. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24.

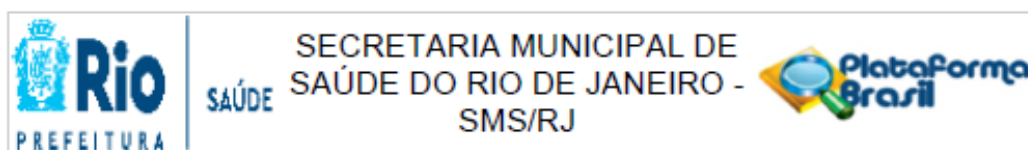
- Oliveira, J. J. M. D., Schmidt, C. e Pendeza, D. P. (2020). Intervenção implementada pelos pais e empoderamento parental no Transtorno do Espectro Autista. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24.
- Onzi, F. Z. e Gomes, R. de F. (2015). Transtorno do Espectro Autista: A importância do diagnóstico e reabilitação. *Caderno Pedagógico*, 12(3), pp.188-199.
- Paparella, T. *et alii.* (2011). The emergence of nonverbal joint attention and requesting skills in young children with autism. *Journal of Autism and Development Disorders*, 44(6), pp.569-83.
- Reichow, B. (2011). Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Development Disorders*, 42(4), pp.512-520.
- Reichow, B. *et alii.* (2012). *Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD)*. Cochrane Database Syst Rev.
- Rice, C. E. *et alii.* (2016). Across-sectional study of shared attention by children with autism and typically developing children in an inclusive preschool setting. *Topics in Language Disorders*, 36(3), pp.245-265.
- Rogers, S. J. *et alii.* (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM)-based parenting intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(10), pp.1052-1065.
- Rogers, S. J. e Dawson, G. (2014). *Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa, Editora Lidel.
- Rogers, S. J. e Vismara, L. (2014). Interventions for Infants and Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorder. In: Volkmar, F. R. *et alii.* (Eds.), *Handbook of Autism Pervasive Developmental Disorders: assessment, interventions, and policy*. Hoboken, New Jersey.
- Rosa, F. D., Matsukura, T. S. e Squassoni, C. E. (2019). Escolarização de pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA) em idade adulta: relatos e perspectivas de pais e cuidadores de adultos com TEA. *Cadernos Brasileiros de Terapia Educacional*, 27(2).
- Rowland, C. e Stremel-Campbell, K. (1998). *Partilhar ou não partilhar: Gestos naturais convencionais na linguagem emergente de crianças e jovens com deficiências sensoriais*. Moraes, J. C. N. (Trad.). Innovative Program Design for Individuals with Dual Sensory Impairments.
- Rowland, C. (2004). *Assessing Communication and Learning in Young Children Who are Deafblind or Who have Multiple Disabilities*. Design to Learn Projects, Oregon Health & Science University.

- Rowland, C. (2013). *Communication Matrix for Parents and Professionals*. Oregon Health & Science University. Handbook: Online Communication Matrix. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.communicationmatrix.org/uploads/pdfs/handbook.pdf>>. [Consultado em: 04/08/2018].
- Rutter, M. L. (1978). Diagnosis and definitions of childhood autism. *J Autism Dev Disord.*, 8(2), pp.139-61.
- Rutter, M. L. (2011). Progresso na compreensão do autismo: 2007–2010. *J Autism Dev Disord.*, 41, pp.395-404.
- Santos, L. S. dos., Dias, C. M. L. e Novo, B. N. (s.d). *O uso do treinamento parental como técnica interventiva em crianças com transtorno do espectro autista (TEA) na cidade de Teresina, estado do Piauí, Brasil*. [Em linha]. Disponível em: <https://semanaacademica.com.br/system/files/artigos/artigo_laerson.pdf>. [Consultado em: 20/09/2021].
- Schalcher, L. S. F. (2020). *Práticas parentais e treinamento de pais de crianças autistas: Um estudo de levantamento bibliográfico*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís.
- Selkirk, C. G. *et alii*. (2009). Parents' perceptions of autism spectrum disorder etiology and recurrence risk and effects of their perceptions on family planning: recommendations for genetic counselors. *J Genet Couns.*, 18(5), pp.507-519.
- Signorelli, F. (2020). Como ajudar as crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista durante a pandemia do coronavírus. *Equipe BIPP*, 02.
- Sillos, I. R. *et alii*. (2020). A importância de um diagnóstico precoce do autismo para um tratamento mais eficaz: Uma revisão da literatura. *Revista Atenas Higeia*, 2(1).
- Silva, I. M. A. D. (2021). *Percepção dos pais sobre o estigma da perturbação do espectro do autismo na comunidade: tradução e adaptação para o português europeu*. Peixoto, V. (Orientadora). Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Silva, C. C. e Elias, L. C. S. (2020). Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. *Avaliação Psicológica*, 19(2), pp.189-197.
- Sousa, C. B. V. (2018). *Abordagem pragmática para estimulação da comunicação em crianças no espectro do autismo: uma proposta de intervenção parental*. Dissertação. (Mestrado em Ciências). Fernandes, F. D. M. (Orientadora). Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Texeira, M. C. T. V., Marino, R. L. F. e Carreiro, L. R. R. (2015). Associations between inadequate parenting practices and behavioral problems in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Scientific World Journal*, 2015.

- Trevarthen, C. e Delafield-Butt, J. T. (2013). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in integrative neuroscience*, 7, p.49.
- Trevarthen, C. (2016). Sharing joyful friendship and imagination for meaning with infants, and their application in early intervention. In: Acquarone, S. (Ed.). *Surviving the early years: The importance of early intervention with babies at risk*. London, Karnak Books.
- Vieira, N. M. e Baldin, S. R. (2017). *Diagnóstico e intervenção de indivíduos com transtorno do espectro autista*. Educação, Base Nacional Comum Curricular e Formação do Professor. São Paulo.
- Wetherby, A. (2021). Rethinking autism spectrum disorder assessment for children during COVID-19 and beyond. *Autism Research*, 14(11).
- Zanon, R. B., Backes, B. e Bosa, C. A. (2015). Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada. *Psicologia: teoria e prática*, 17(2), pp.78-90.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S. e Garon, N. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural brain research*, 251, pp.133-146.

V – ANEXOS

ANEXO 01 – Parecer do Comitê da Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência de um Programa de Treinamento Parental nas Comunicação Social de Crianças Pré-Escolares com Perturbação do Espectro do Autismo

Pesquisador: KATIA BADIN BRAZ CAMPO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51199321.8.0000.5279

Instituição Proponente: Universidade Fernando Pessoa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.019.468

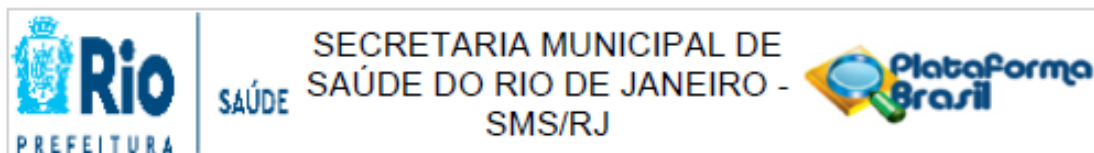
Apresentação do Projeto:

Em resposta ao Parecer deste CEP, nº 4.982.372, de 17/09/21, a pesquisadora responsável apresenta esta versão, a fim de sanar as pendências. As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas do documento contendo as Informações Básicas sobre a Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813616.pdf, de 18/09/21).

Resumo:

Ao considerar a grande variabilidade e complexidade dos sintomas, que mudam com o decorrer do desenvolvimento, os novos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) sugerem que o diagnóstico de PEA deva ser acompanhado por especificadores relativos a cognição (com ou sem deficiência intelectual), ao uso funcional da linguagem (com ou sem oralidade, fala telegráfica, fala inteligível, entre outros descritores), à presença ou não de alguma condição médica, genética, ambiental ou outro transtorno do neurodesenvolvimento e finalmente ao grau de gravidade das manifestações (APA, 2013). Este último especificador está associado ao nível de suporte dado, relacionado a comunicação social e aos comportamentos restritos e repetitivos, para que os indivíduos com PEA possam se adaptar aos múltiplos contextos ambientais. O DSM-5 definiu como nível leve de gravidade (nível 1) a necessidade de apoio, nível moderado de gravidade (nível 2) a necessidade substancial de apoio e o nível de gravidade severo

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.019.466

(nível 3) a necessidade muito substancial de apoio. Com prevalência de 1% da população nos Estados Unidos e em outros países segundo o DSM-5 (APA, 2013), o aumento substancial no número de casos ainda não foi totalmente esclarecido. A discussão fica em torno das questões que justificariam a elevação da incidência dos casos. A ampliação dos critérios de inclusão do DSM-IV foram capazes de diagnosticar casos leves antes não diagnosticados? O aumento da conscientização sobre o PEA ampliou a identificação dos indivíduos acometidos? A grande variedade de instrumentos de avaliação e rastreio, com bases metodológicas diferentes, levou à ampliação diagnóstica? O aumento da prevalência é realmente um maior surgimento de casos de autismo?

A identificação precoce ainda continua sendo o foco de diversos estudos, que buscam estabelecer quais os preditores que afetam primariamente o desenvolvimento da comunicação social, habilidade que encontra-se bastante rebaixada em indivíduos com autismo.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo de caso de cariz qualitativo. A pesquisa será realizada no Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e terá a duração de dois meses. Serão propostas 12 sessões de 50 minutos cada, com periodicidade de uma sessão semanal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a influência de um programa de treinamento parental no desenvolvimento da comunicação social de crianças diagnosticadas com TEA em idade pré escolar.

Objetivo Secundário:

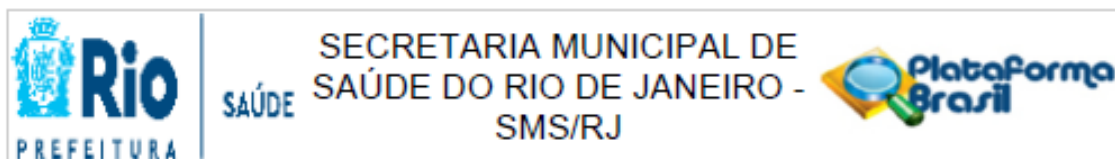
- Verificar se o coaching parental propicia o desenvolvimento da comunicação social em crianças com PEA;
- Compreender se as crianças com diagnósticos de autismo quando estimuladas por seus pais ampliam as habilidades comunicacionais após o período de treinamento parental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa investigação trará riscos mínimos aos participantes, o que poderá ser mais evidenciado pelo constrangimento ao se expor durante a realização das sessões de treinamento parental, desconforto ou alterações de comportamento durante gravações de vídeo. Contudo, caso haja riscos na quebra da confidencialidade, esse será indenizado, como forma de compensação de

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.019.466

danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa. Caso ocorra algum constrangimento, será dado ao participante o direito de não responder a esta, e ainda a desistência da participação na pesquisa. E ainda, a pesquisadora se compromete a respeitar todos os princípios éticos que regem a Resolução nº 510/16.

Benefícios:

O benefício será de forma direta e indireta a todos os envolvidos na investigação, à medida que a pesquisa favorece melhor conhecimentos sobre o uso de estratégias que podem ampliar a comunicação dos indivíduos com perturbação do espectro do autismo. Assim, espera-se que com essa investigação seja possível abrir um caminho/fronteira de perspectivas que envolvam o conhecimento sobre a comunicação das crianças que se encontram na pré-escola e que possuem a perturbação do espectro do autismo. Espera-se também que essa investigação contribua com a formação dos professores e pesquisadores nesta área. Res 486/12: "assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa com vistas à obtenção do título de mestre, do curso de Mestrado em Ciência da Educação, da Faculdade Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa - Porto/PT. O projeto pretende ser realizado na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, satisfatoriamente, os Termos obrigatórios, conforme solicitados.

Recomendações:

Sem recomendações.

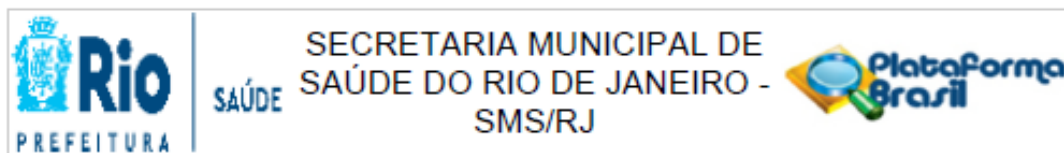
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após apreciação ética, o Comitê de Ética em Pesquisa identificou as seguintes pendências:

1. Esclarecer como será a seleção dos participantes da pesquisa, e como será o primeiro contato antes da aplicação do TCLE;

Resposta: A resposta se encontra no Projeto

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.019.466

O acesso aos participantes será garantido através da seleção de dez crianças diagnosticadas com autismo, conforme os critérios de inclusão na pesquisa, que envolvem crianças inscritas no programa PAPRE-TEA – programa de avaliação e tratamento a crianças pré escolares com transtorno do espectro do autismo que possuam idade entre o período de 3 a 5, que recebem assistência médica no Ambulatório Social de Psiquiatria Infantil situado no Estado do Rio de Janeiro.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA - A pesquisadora deverá descrever como se dará o contato com os responsáveis/tutores e crianças para participarem do estudo.

Esclarecer como será o acesso aos participantes da pesquisa para participarem da pesquisa, se haverá acesso ao prontuário ou a banco de dados de pacientes da Santa Casa de Misericórdia, antes da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização da seleção dos participantes. Caso tenha acesso a prontuário ou a banco de dados de pacientes da Santa Casa de Misericórdia, deverá ser informado no projeto detalhado, assim como apresentar Termo de Autorização do gestor responsável pelo banco de dados do Hospital.

2. Descrever como será o armazenamento do material coletado, conforme descreve no projeto detalhado, será "mantido em arquivo digital"; sugerimos seguir as recomendações da CONEP, conforme Of. 01/2020, disponível na página inicial desta Plataforma;

Resposta: A inclusão da informação encontra-se disponível, Resposta: A inclusão da informação encontra-se no modelo apresentado, disponível no arquivo:TCLE.docx, 18/09/21.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA.

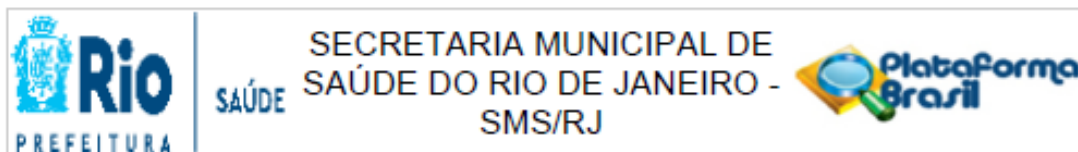
3. Apresentar, no modelo do TCLE, espaço para assinatura em todas as páginas do termo, assim como, descrever a metodologia a ser utilizada na pesquisa, prevendo o risco da pesquisa, com assistência integral em casos de emergência, como também as atividades que serão desenvolvidas, com duração e local. Incluir também os dados deste CEP, tais como telefone, e-mail e endereço, para possível contato pelo participante da pesquisa.

Resposta: A inclusão da informação encontra-se disponível, Resposta: A inclusão da informação encontra-se no modelo apresentado, disponível no arquivo:TCLE.docx, 18/09/21.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA..

4. Incluir, Termo de Anuência institucional, para realização da pesquisa, devidamente assinado

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.019.466

pelo gestor responsável da Santa Casa de Misericórdia,

Resposta: Foi incluído o Termo de Anuência institucional, conforme solicitado.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Apresentar os instrumentos que serão utilizados para a coleta de dados, tais como questionário de entrevista ou roteiro de coleta de dados;

Resposta: Foi incluído o modelo do instrumento de coleta de dados, conforme solicitado.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Incluir, modelo de TCLE para os responsáveis/tutores das crianças participantes, para autorizarem a participação dos menores de idade.

Resposta: Foi incluído nesta plataforma, conforme solicitado.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Com isso, o presente projeto de pesquisa permanece em pendência, devendo a pesquisadora atender à solicitação, conforme descrita acima.

Considerações Finais a critério do CEP:

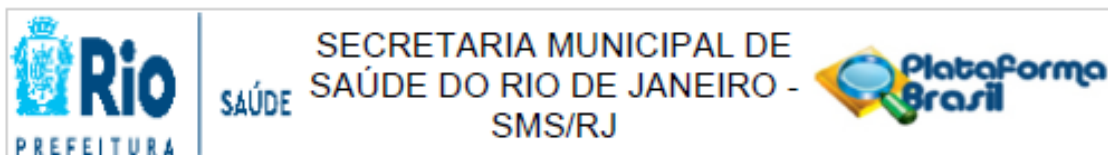
Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.019.466

sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

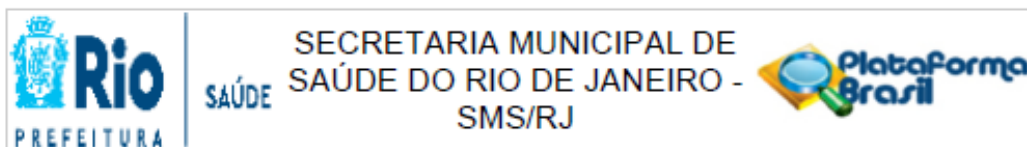
Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.019.466

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

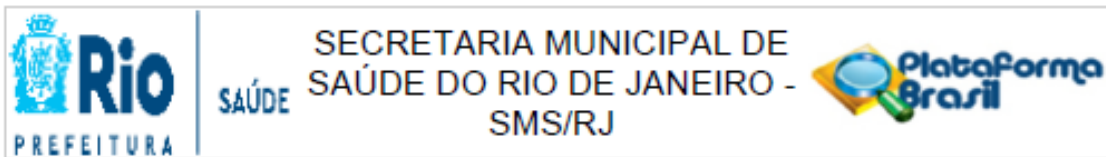
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813616.pdf	18/09/2021 17:30:42		Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	18/09/2021 17:30:16	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Outros	Instrumentos.doc	18/09/2021 17:30:06	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	18/09/2021 17:29:48	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Katia.docx	18/09/2021 17:29:28	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEIS.docx	18/09/2021 17:29:20	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/09/2021 17:29:01	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	23/08/2021 09:32:26	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Outros	Curriculo_Katia.pdf	23/08/2021 09:32:18	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Outros	Declaracao_isencao_custos.pdf	23/08/2021 09:31:56	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Outros	Declaracao_nao_iniciou.pdf	23/08/2021 09:31:44	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Outros	Declaracao_Orientador_Plataforma_Brasil.docx	23/08/2021 09:31:28	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	23/08/2021 09:31:05	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	23/08/2021 09:30:52	KATIA BADIN BRAZ CAMPO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.019.466

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Outubro de 2021

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepmsrj@yahoo.com.br

ANEXO 02 – Autorização da Santa Casa


TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Eu, Fabio Mello Barbirato Nascimento Silva, coordenador do Setor de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Santa Casa do Rio de Janeiro, estou ciente que o protocolo de pesquisa, intitulado **“INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO PARENTAL NA COMUNICAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO”**. O estudo será desenvolvido pela pesquisadora Katia Badin Braz Campo, sob orientação da professora Doutora Maria de Fátima dos Santos Coelho, da Universidade Fernando Pessoa/ Porto-Portugal.

Estou ciente de que esta autorização não interferirá no fluxo normal de trabalho e de atendimento da empresa, nem trará constrangimento aos participantes que não quiserem ingressar no estudo como participantes. Por isso, autorizo, por meio deste termo*, a sua execução e acesso as informações sobre a influência do fenômeno de falsas memórias.

Todos os dados/informações requeridos deverão ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, por meio das resoluções 466/12, 510/16 e 580/18.

Rio de Janeiro, 24 de junho de 2021.



Katia Badin Braz Campo

Pesquisadora da Universidade Fernando Pessoa - Porto


Setor de Psiquiatria da Santa Casa do Rio de Janeiro

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro
Serviço de Psiquiatria
Setor de Neuropsiquiatria Infância Juvenil
R. Santa Luzia, 200 Centro Rio de Janeiro RJ 20.020-020
CRM: 52.629/0-7
Dr. FABIO BARBIATO

ANEXO 03 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Solicito a autorização do (a) seu filho (a) participar da investigação sobre “**Influência de um programa de treinamento parental na comunicação social de crianças em idade pré escolar com perturbação do espectro do autismo**”, a qual decorrerá na cidade do Rio de Janeiro. Este é da responsabilidade da pesquisadora Kátia Badin Braz Campo, mestranda em Educação, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, pela Universidade Fernando Pessoa, Porto-PT, sob orientação da Professora Doutora Maria de Fátima dos Santos Coelho.

1. Os objetivos com os quais essa pesquisa estará sendo realizada serão: Investigar se o treinamento parental propicia o desenvolvimento da comunicação social em crianças com perturbação do espectro do autismo; Verificar se famílias que participam das intervenções dos filhos e recebem instruções aprendem e aplicam as estratégias sociocomunicativas nas suas rotinas domésticas.

2. O participante foi informado (a) de forma clara e detalhada, via plataforma digital, sobre os objetivos e a justificativa da pesquisa na área de atuação em Educação. A sua participação na pesquisa ocorrerá em forma de resposta ao questionário e ou/ da escala que serão aplicados durante o mês de novembro e dezembro de 2021, pelo link enviado por e-mail ou whatsapp. **A pesquisa trata-se de um estudo de caso de cariz qualitativo. A pesquisa será realizada no Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e terá a duração de dois meses.** Serão propostas 12 sessões de 50 minutos cada, com periodicidade de uma sessão semanal.

3. Sua identidade e suas informações, serão mantidos em sigilo absoluto sob responsabilidade do pesquisador, estando o mesmo sujeito às penas previstas na Lei brasileira. A pesquisadora compromete-se a respeitar todos os princípios éticos que regem a Resolução nº 510/2016 do Brasil.

4. Também foi informado que o processo de recolha de dados ocorrerá com a monitorização constante da pesquisadora, sendo o procedimento interrompido ante qualquer intercorrência adversa. Não haverá nenhum desconforto psicológico ou risco na sua participação da pesquisa, mas caso ocorra, a sua participação poderá ser suspensa sem nenhum prejuízo a sua identidade.

5. Essa investigação trará riscos mínimos aos participantes, o que poderá ser mais evidenciado pelo constrangimento ao se expor durante a realização das sessões de treinamento parental, desconforto ou alterações de comportamento durante gravações de vídeo, e **caso haja qualquer risco, a pesquisadora dará assistência direta e integral aos participantes, acompanhando-o a um médico especializado na demanda de cada um. Contudo, caso haja riscos na quebra da confidencialidade, esse será indenizado,**

como forma de compensação de danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa.

Caso ocorra algum constrangimento, será dado ao participante o direito de não responder a esta, e ainda a desistência da participação na pesquisa. E ainda, a pesquisadora se compromete a respeitar todos os princípios éticos que regem a Resolução nº 510/16.

Nome legível do participante

Nome legível do pesquisador

(a)

6. O participante concorda com a divulgação dos dados obtidos durante a pesquisa, bem como entende que não será identificado e que se manterá o caráter sigiloso das informações. Ademais sabe que os dados obtidos serão arquivados **no computador da pesquisadora, com senha**, durante a pesquisa por um período de 5 anos, atendendo a Resolução CNS 510/2016, Cap. VI, Art. 28. Os resultados, se possível, serão publicados para fornecer aos profissionais os dados mensurados. Sabe que terá total liberdade para retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos ou implicações.

7. Caso tenha dúvidas sobre o comportamento do pesquisador ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e caso se considerar prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, pode entrar em contato com o (a) pesquisadora (21) 997654178, e-mail: katia.badin@gmail.com

8. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

9. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO:

- Eu recebi informação oral sobre o estudo acima e li por escrito este documento.
- Eu tive a oportunidade de discutir o estudo, fazer perguntas e receber esclarecimentos.
- Eu concordo em participar do estudo e estou ciente que minha participação é totalmente voluntária.
- Eu entendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso afete meu direito aos cuidados futuros.
- Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado e rubricado em duas vias originais por mim e pelo Pesquisador.
- Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Pesquisador do Estudo garantirá ao Participante da Pesquisa, em seu próprio nome e em nome da instituição, os direitos descritos neste documento.

- Eu entendo que receberei uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A outra via original será mantida sob a responsabilidade do Pesquisador do Estudo.

_____, _____ de 2021.

Nome legível do participante

Nome legível do pesquisador (a)

ANEXO 04 – Avaliação da Cognição Social

Avaliação da Cognição Social			
			(Gisele Viegas)
Atenção Compartilhada e Contato Visual (Carpenter, Pennington e Rogers, 2002; Paparella et al., 2011)			
A habilidade de Atenção Compartilhada (AC) é a capacidade de coordenar a atenção com um parceiro social em relação a um referencial externo – objeto, evento ou símbolo – em uma relação triádica (Carpenter, Nagell & Tomasello, 1998).			
Atenção Compartilhada e Contato Visual			Observações Qualitativas
Acompanhar o comportamento do outro (capacidade de imitar o comportamento iniciado por outro)			
Presente	Assistemático	Ausente	
Acompanhar a atenção (capacidade de seguir o apontar ou o olhar de outra pessoa)			
Presente	Assistemático	Ausente	
Direcionar a atenção (capacidade de apontar, mostrar ou dar algo com o intuito de compartilhar a atenção)			
Presente	Assistemático	Ausente	
Contato Visual			
Presente	Assistemático	Ausente	
Engajamento Social e Emocional			
Presente	Assistemático	Ausente	

Interações contingentes, recíprocas e intencionais			
Presente	Assistemático	Ausente	
Turnos e comportamento antecipatório			
Presente	Assistemático	Ausente	

ANEXO 05 – Protocolo da Pragmática - ABFW

PRAGMÁTICA - FICHA RESUMO (Fernandes,2004)

Nome:				Idade:				Data:			
Nº da Fita:				Diagnóstico:				Terapeuta:			
Função	Meio	Nº	%	Função	Meio	Nº	%	Função	Meio	Nº	%
PO	VE			PS	VE			PI	VE		
	VO				VO				VO		
	G				G				G		
RO	VE			C	VE			N	VE		
	VO				VO				VO		
	G				G				G		
EX	VE			NF	VE			XP	VE		
	VO				VO				VO		
	G				G				G		
EP	VE			PA	VE			PC	VE		
	VO				VO				VO		
	G				G				G		
PE	VE			E	VE			AR	VE		
	VO				VO				VO		
	G				G				G		
PI	VE			JC	VE			J	VE		
	VO				VO				VO		
	G				G				G		
NA	VE			RI	VE			MEIO	VE		
	VO				VO				VO		
	G				G				G		

Nº Total de atos comunicativos

Nº Total de atos comunicativos da criança(C): n= -(%) - Atos comunicativos por minuto

Nº Total de atos comunicativos do Adulto(A): n= -(%)

FERNANDES, F. D. M. – Pragmática. In: ANDRADE, C. R. F.; BEFI-LOPES, D. M.; FERNANDES, F. D. M.; WERTZNER, H. F. – ABFW – teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Carapicuíba, Pró-Fono, 2004(cap.4)

ANEXO 06 – Caracterização dos Pais

Características		N (%)
1. Género	Feminino	5
	Masculino	3
2. Idade	18 a 25 anos	
	26 a 30 anos	4
	31 a 40 anos	3
	41 a 50 anos	1
	Acima 51 anos	
3. Titulação	Ensino Fundamental	5
	Ensino Médio	3
	Graduação	
	Especialista	
	Mestre	
	Doutor	
4. Tempo de trabalho na instituição	Menos de 1 ano	2
	Entre 1 e 5 anos	6
	Entre 6 e 10 anos	
	Entre 11 e 20 anos	
	Mais de 21 anos	

ANEXO 7 – Grelhas das Sessões

1ª Sessão – TEMA: Avaliação dos Participantes
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as habilidades comunicacionais da criança através de protocolos que buscavam esclarecer as funções comunicativas e o espaço comunicativo que a criança ocupou durante a interação com a pesquisadora• Obter nível de atenção conjunta e compartilhada e a forma como a criança interagiu com a pesquisadora.
Materiais Utilizados
<p>Para avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Protocolo da Pragmática – Teste ABFW (Andrade et al., 2004).✓ Protocolo de Avaliação da Cognição Social.✓ Celular para realizar a filmagem da sessão de avaliação. <p>Para a intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Um tapete de EVA (50cm x 50cm x 8cm).✓ Um pão sonoro de metal colorido.✓ Um jogo de encaixe de números de madeira.✓ Um tubo pequeno de bolinha de sabão.✓ Cinco miniaturas de animais: cavalo, vaca, porco, ovelha, pato.✓ Uma família miniatura de plástico: pai, mãe e filho.✓ Uma mesa e duas cadeiras miniaturas de madeira.✓ Uma bola pequena de futebol.✓ Uma cama miniatura de madeira.✓ Um livro infantil.
Descrição das Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Cada criança e seus pais foram recebidos na recepção do ambulatório de psiquiatria infantil e direcionados a sala de avaliação.• Avaliação inicial da criança.• Após a avaliação da criança, os pais receberam informações da pesquisadora sobre qual a diferença entre comunicação, fala e linguagem.

- A pesquisadora também ressaltou a importância das relações de afeto para o desenvolvimento infantil.
- Havia uma área livre coberta com tapete de EVA, onde foram dispostos os brinquedos ao seu redor.
- A avaliadora orientou os pais sobre a dinâmica que seria realizada com a criança e que de preferência se mantivessem em silêncio durante o período de avaliação.
- Foi posicionado o celular e acionada a gravação, a fim de que fosse possível analisar posteriormente o protocolo da pragmática.
- A pesquisadora se sentou no tapete e observou inicialmente, qual brinquedo chamava mais a atenção da criança. Em seguida, buscou seguir a liderança da criança e tornar-se “parceira de jogo”, estabelecendo dinâmicas lúdico-interativas recíprocas.
- Após interagir cerca de 40 minutos com a criança, os pais eram convidados a se juntarem à brincadeira.
- Esta interação entre a família, a criança e a pesquisadora objetivava a construção de uma relação de proximidade e quebra de timidez para a segunda sessão onde seria iniciado o programa propriamente dito.
- Após 50 minutos corridos, a pesquisadora se despedia da criança e da família e entregava a eles um cartão com a data da próxima sessão.

2ª Sessão – TEMA: Ampliar a Atenção Conjunta

Objetivo

- Estabelecer interações com uso de estratégias sensoriais sociais para ampliar a atenção da criança ao adulto com o uso ou não de um objeto mediador.


Materiais Utilizados


- Bola de sabão.
- Língua-de-sogra.
- Balão de aniversário.
- Massa de modelar.





Descrição das Atividades


- O pai ou a mãe deve se sentar de frente com a criança e ao perceber que ela estabeleceu o contato visual, deve começar a cantar as músicas preferidas dela e se a criança responder com um sorriso, olhar, aproximação ou qualquer outro comportamento, deve manter a ação de cantar. Caso não se interesse, pode ser novamente utilizada a música de uma maneira mais divertida ou mesmo outra música nova. Pode-se também utilizar algum dos materiais sugeridos para chamar sua atenção. O adulto, então, deve iniciar a ação de soprar as bolhas de sabão, de encher o balão de aniversário, de assoprar a língua de sogra ou manipular a massa de modelar para manter ativa a atenção da criança a ele e ao uso que ele faz do objeto.
- A ação pode ser repetida 3 vezes e mesmo ao perceber que atividade continua motivadora, o adulto deve variar a forma como faz a ação, produzindo vocalizações, gestos, expressões faciais, movimentos mais lentos ou rápidos para gerar expectativa e manter a atenção da criança.

3ª Sessão – TEMA: Manter a Atenção Conjunta	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer interações com uso de estratégias sensoriais sociais para manter por um minuto a atenção da criança ao adulto, com o uso ou não de um objeto mediador.	
Materiais Utilizados	
<ul style="list-style-type: none">• Bola de sabão.• Língua-de-sogra.• Balão de aniversário.• Massa de modelar.• Cronômetro.	
Descrição das Atividades	
<ul style="list-style-type: none">• A sessão três segue o mesmo procedimento realizado na sessão dois, porém foi estipulada a duração de um minuto para manter a atenção da criança neste período.• O pai ou a mãe deve se sentar frente a frente com a criança e ao perceber que ela estabeleceu o contato visual, deve começar a cantar as músicas preferidas dela e se a criança responder com um sorriso, olhar, aproximação ou qualquer outro comportamento, deve manter a ação de cantar. Caso não se interesse, Caso não se interesse, pode ser novamente utilizada a música de uma maneira mais divertida ou mesmo outra música nova. Pode-se também utilizar algum dos materiais sugeridos que possam chamar a atenção da criança. O adulto deve iniciar a ação de soprar bolhas de sabão, de encher o balão de aniversário, de assoprar a língua de sogra ou manipular a massa de modelar para manter ativa a atenção dela a ele e ao uso que ele faz do objeto.• A ação pode ser repetida 3 vezes e mesmo ao perceber que atividade continua motivadora, o adulto deve variar a forma como faz a ação, produzindo vocalizações, gestos, expressões faciais, movimentos mais lentos ou rápidos para gerar expectativa e manter a atenção da criança.	

4ª Sessão – TEMA: Ampliação do Contato Visual	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none">• Ampliar a atenção a face do adulto e estabelecer o contato visual quando chamado pelo nome, durante as interações estabelecidas com ou sem uso do objeto mediador.	
Materiais Utilizados	
<ul style="list-style-type: none">• Nariz de palhaço.• Óculos divertidos.• Lenço de pano.• Brinquedo preferido.	
Descrição das Atividades	
<ul style="list-style-type: none">• Na sessão quatro, foram sugeridas várias atividades para que os pais pudessem trazer a atenção da criança para a face e/ou para os olhos. O pai ou a mãe deve se sentar frente a frente com a criança utilizando algo que chame a atenção para seu rosto e/ou olhos. Deverá chamar a criança pelo nome e ao perceber que ela estabeleceu o contato visual, deve reforça-la com cócegas, abraços, balanceios, massagens ou entregar seu brinquedo favorito. Poderá ser utilizado qualquer outra ação que reforce o comportamento dela de olhar para o adulto.• O adulto poderá alternar sua ação colocando um lenço na frente do seu rosto, para gerar uma expectativa na criança, caso ele perceba que ela está engajada.• O adulto poderá posicionar o brinquedo ou outro ítem de grande interesse da criança na frente de um dos olhos e chamá-la em seguida.• Deverá repetir a ação de chamar a criança durante a sessão 10 vezes.	

5ª Sessão – TEMA: Manutenção do Contato Visual	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none">• Manter o contato visual de 3 a 5 segundos quando estimulado durante as interações estabelecidas com ou sem uso do objeto mediador.	
Materiais Utilizados	
<ul style="list-style-type: none">• Brinquedo preferido.• Alimento preferido.❖ As figuras são meramente ilustrativas.	
Descrição das Atividades	
<ul style="list-style-type: none">• Na sessão cinco, foram sugeridas as mesmas atividades que na sessão quatro, porém, foi ressaltada tanto a importância de trazer a atenção da criança para os olhos do adulto, quanto para manter o contato visual por 3 a 5 segundos.• O pai ou a mãe deve se sentar frente a frente com a criança e iniciar uma interação utilizando algo que chame bastante a atenção da criança. Deverá pegar o item e posicionar à frente de um dos olhos. Deverá manter o item por três a cinco segundos nesta posição para somente depois entregar o item de interesse.• Deverá repetir a ação de chamar a criança durante a sessão 10 vezes.	

6ª Sessão – TEMA: Jogo de Alternância de Turno	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer brincadeiras com a criança onde ela possa alternar os turnos com o adulto.	
Materiais Utilizados	
<ul style="list-style-type: none">• Jogo Pula Pirata.• Jogo Quebra-Gelo.• Boliche.	
Descrição das Atividades	
<ul style="list-style-type: none">• Na sessão seis, foram sugeridos jogos que possibilitassem a alternância de turnos entre a criança e o adulto – minha vez / sua vez. Foi ressaltada a importância de a criança esperar a sua vez, a fim de aprender a inibir o impulso e ceder a vez ao outro.• O pai ou a mãe deve se sentar frente a frente com a criança e demonstrar como se utiliza o brinquedo. Após modelar à criança a ação diante do brinquedo, deverá estimular a criança a realizar a mesma ação feita por ele(a). Caso a criança apresente alguma dificuldade, o adulto poderá dar o nível de suporte que a criança necessite para realizar a atividade.• A criança deverá alternar 3 turnos com o adulto aguardando sua vez.	

7ª Sessão – TEMA: Manutenção do Jogo de Alternância de Turno	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none">• Manter brincadeiras com a criança onde ela possa alternar os turnos com o adulto com maior autonomia.	
Materiais Utilizados	
<ul style="list-style-type: none">• Jogo Pula Pirata.• Jogo Quebra-Gelo.• Boliche.	
Descrição das Atividades	
<ul style="list-style-type: none">• Na sessão sete, foram sugeridos os mesmos jogos oferecidos na sessão seis, porém, ressaltando aos pais a importância de se fazer o esvanecimento dos suportes dados.• O pai ou a mãe receberam instrução de se sentar frente a frente com a criança e demonstrar como se utiliza o brinquedo. Após modelar à criança a ação diante do brinquedo, deverá iniciar o jogo estimulando a criança a esperar sua vez para realizar a mesma ação feita por ele. Caso a criança apresente alguma dificuldade, o adulto poderá dar o nível de suporte que a criança necessite para realizar a atividade.• A criança deverá alternar 3 turnos com o adulto aguardando sua vez.* A mesma quantidade de turnos foi mantida, uma vez que nenhuma das crianças conseguiu alternar mais de um turno na sessão seis.	

8ª Sessão – TEMA: Reavaliação dos Participantes
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Reavaliar as habilidades comunicacionais da criança através de protocolos que buscavam esclarecer as funções comunicativas e o espaço comunicativo que a criança ocupou durante a interação com a pesquisadora.• Obter nível de atenção conjunta e compartilhada e a forma como a criança interagiu com a pesquisadora.
Materiais Utilizados
<p>Para reavaliação:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Protocolo da Pragmática - ABFW.✓ Protocolo de Avaliação da Cognição Social. <p>Para a intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Celular para realizar a filmagem da sessão de avaliação.✓ Um tapete de EVA (50cm x 50cm x 8cm).✓ Um pão sonoro de metal colorido.✓ Um jogo de encaixe de números de madeira,✓ Um tubo pequeno de bolinha de sabão.✓ Cinco miniaturas de animais: cavalo, vaca, porco, ovelha, pato.✓ Uma família miniatura de plástico: pai, mãe e filho.✓ Uma mesa e duas cadeiras miniaturas de madeira.✓ Uma bola pequena de futebol.✓ Uma cama miniatura de madeira.✓ Um livro infantil.
Descrição das Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Cada criança e seus pais foram recebidos na recepção do ambulatório de psiquiatria infantil e direcionados a sala de avaliação.• Reavaliação da criança.• Havia uma área livre coberta com tapete de EVA, onde foram dispostos os brinquedos ao seu redor.• A avaliadora orientou os pais sobre a dinâmica que seria realizada com a criança e que de preferência se mantivessem em silêncio durante o período de reavaliação.• Foi posicionado o celular e acionada a gravação, a fim de que fosse possível analisar e preencher posteriormente o protocolo da Pragmática do Teste ABFW.• A pesquisadora se sentou no tapete e observou inicialmente, qual brinquedo chamava mais a atenção da criança. Em seguida, buscou seguir a liderança da criança e tornar-se “parceira de jogo”, estabelecendo dinâmicas lúdico-interativas recíprocas.• Após interagir cerca de 40 minutos com a criança, os pais receberam brevemente algumas informações da pesquisadora sobre o desempenho da criança na reavaliação e sobre a marcação de uma outra sessão só com os pais para receberem os resultados da reavaliação e para conversarem sobre as mudanças ocorridas na rotina doméstica.

