



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur

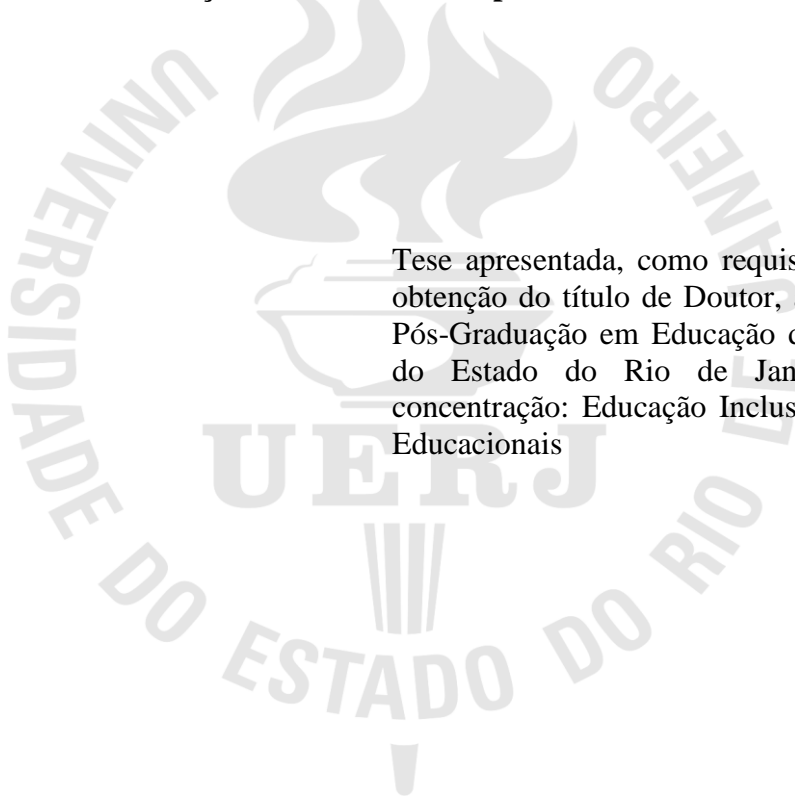
**Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à
intervenção precoce**

Rio de Janeiro

2018

Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur

Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Educação Inclusiva e Processos Educacionais

Orientadora: Prof.^a Dra. Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M289 Mansur, Odila Maria Ferreira de Carvalho.
 Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce / Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur. – 2018.
 209 f.

 Orientadora: Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes.
 Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação

 1. Educação – Teses. 2. Autismo – Teses. 3. Bebês – Teses. I. Nunes, Leila Regina d'Oliveira de Paula. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

es CDU 37::616.8

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur

Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Educação Inclusiva e Processos Educacionais

Aprovado em 09 de março de 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes
Faculdade de Educação da UERJ

Prof. Dr. Carlo Schmidt
Universidade Federal de Santa Maria –UFSM

Prof.^a Dra. Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter
Faculdade de Educação da UERJ

Prof.^a Dra. Débora Regina de Paula Nunes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN

Prof.^a Dra. Patrícia Braum
Instituto de Aplicação Fernando R. da Silveira- CAP/UERJ

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

A minha mãe, não mais aqui, mas eterna incentivadora. Ao meu pai, por ter me estimulado a querer aprender sempre.

Ao amigo, pediatra Renato Moretto (in memorian), por ter me aproximado da Educação em Saúde, mais especificamente, da Saúde da Criança.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes, por ter acreditado em mim e me conduzido por esta fascinante estrada;

A Jorge, Laura, Marcela e Antônia, amores maiores, sempre ao meu lado, apoiando, sustentando e vibrando com os meus sonhos;

Às “minhas” crianças, motivação maior desta pesquisa, e seus pais, pela confiança e parceria;

Às Profs. Cátia Walter e Débora Nunes, pelas aulas, trocas, correções e sugestões;

Às Profs. Edinalda Maria Silva e Inez Barcelos de Andrade, colegas de trabalho e amigas, que leram e me ajudaram nas correções de língua portuguesa e de metodologia científica;

À Prof^a Thaís Louvain de Souza, pela grande generosidade, disponibilidade, competência e carinho com que me adentrou pelo universo da Estatística;

Aos gestores do Instituto Federal Fluminense (Prof. Dr. Jefferson M. Azevedo), da Faculdade de Medicina de Campos (Prof. Dr. Edilbert Pellegrini Nahn Júnior) e do Hospital dos Plantadores de Cana/ Departamento de Pediatria (Profa. Dra. Carmen Célia Azevedo Moretto), pelas liberações, apoio irrestrito e confiança no meu trabalho;

As colegas de trabalho, pedagoga Fabiana de Jesus Lyrio e terapeuta ocupacional Mariana Retameiro Paes, fonoaudióloga Ercília Menezes, que acreditaram e se dispuseram a participar deste estudo de forma muito atuante;

Às colegas de Doutorado, hoje amigas, com quem partilhei dores e alegrias: Danielle Castelões de Souza, Francisca Cabral, Marcia Mirian F. Corrêa Neto, Thatyana Machado, Aureanne Villacorta P. Lira, Stefhanny Silva;

À bolsista Juliana B. Martins, pelo imenso apoio, carinho e vibração para com esta pesquisa;

A Deus, por me permitir mais esta oportunidade de crescimento.

Primeiro de tudo, juntemo-nos ao nível das crianças. As crianças mostram-nos a entrada, nós mostramos-lhes a saída.

Raun Kaufman

RESUMO

MANSUR, O.M.F.C. *Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce*. 2018. 209 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Os casos de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) são caracterizados por *déficits* persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos. O diagnóstico de TEA também inclui presença de padrões de comportamentos repetitivos e interesses restritos. Considerando a necessidade de intervenção e a escassez de profissionais qualificados para intervenção a crianças com Autismo, o objetivo do presente estudo foi verificar o efeito da aplicação de um programa de ensino por pais/cuidadores sobre o desempenho de seus filhos nos referidos programas. Participaram do estudo três crianças, com 08, 16 e 18 meses, com diagnóstico ou suspeita de Autismo e seus respectivos cuidadores. Trata-se de pesquisa quase experimental, intrassujeitos, do tipo AB - linha de base, tratamento e *follow-up*. Além disso, as estimativas de tamanho de efeito foram calculadas utilizando o método *non-overlap* de todos os pares e Tau-U. Os cuidadores conduziram a intervenção no Ambulatório Interdisciplinar do Hospital dos Plantadores de Cana, em Campos dos Goytacazes-RJ, e tiveram seus desempenhos e das crianças avaliados por meio de sessões de 40 minutos realizadas semanalmente, durante um ano. O desempenho nos programas foi acompanhado a cada sessão. Foi elaborado um programa individualizado, para cada criança, de base desenvolvimentista. Foi priorizado um ambiente lúdico, visando estabelecer interação social entre a criança e o cuidador, bem como aumento de turnos de responsividade dos participantes adultos e crianças. Das participantes, Izabel teve a melhor resposta à intervenção, foi a única participante que apresentou melhoras nas iniciativas de interação. Além disso, Izabel teve melhora na frequência de resposta facial e corporal. Já a menina Ana, obteve melhora na expressão corporal e verbal. Márcia exibiu melhora na resposta mista (facial e corporal) de acordo com a estatística. Entretanto, por mais que a estatística não tenha encontrado aumento significativo nas outras variáveis das meninas, como o aumento da resposta facial e do total de respostas da Izabel, bem como o aumento da iniciativa corporal de Márcia. Em relação às cuidadoras, a cuidadora da Márcia se destacou com o aumento da frequência de uso de duas estratégias: chamar a criança pelo nome e brincar com a criança pelo toque, estimulando o sorriso responsivo. As cuidadoras da Ana e Izabel aumentaram o uso de apenas uma estratégia: usar músicas infantis e fazer um comentário engraçado ou elogioso para que a criança voltasse a brincar. Foram avaliados os efeitos do programa de intervenção precoce no desempenho dos sujeitos da pesquisa, concluindo que o programa de intervenção aos cuidadores influenciou de forma estatisticamente significativa na frequência de turnos e modalidade de respostas da criança. A partir dos dados, pode-se concluir que a intervenção via cuidador, orientada por profissional, pode ser efetiva e apropriada ao contexto socioeconômico brasileiro, que carece de programas governamentais e de profissionais qualificados para conduzir intervenções no tratamento de Autismo precoce.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro do Autismo. Intervenção Precoce. Abordagem Desenvolvimentista.

ABSTRACT

MANSUR, O.M.F.C. Talking with babies: from the detection of indicators of risk for autism to early intervention. 2018. 209 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The autism spectrum disorder (ASD) cases are characterized by qualitative impairments in social and communication behavior and a restricted range of activities moreover, restrict interests. On the other hand, there are needs for intervention together with the scarcity of licensed professionals to do the intervention in children with ASD. The objective of this work was to examine the effects of a parent/caregivers training program in their children's outcome. Participated in this study three children diagnosed or suspected ASD with 08, 16 and 18 moths-old and their caregivers. That research was quasi-experimental, within-subjects, AB-based therapy – baseline, treatment, and follow-up. Moreover, effect size measures for single-case designs was check with a non-overlapping index, TAU-U. The interventions were made at Interdisciplinary ambulatory of Plantadores de Cana Hospital, Campos dos Goytacazes city, in Rio de Janeiro state. The caregivers and their children were evaluated by 40 minutes sessions once a week for a year; their performance was reviewed in each session. There was an individualized developmental model program for each child. The playful atmosphere was a priority, aiming to set up a social interaction between children and their caregivers, as well as higher participation rates. The subject of study, Izabel has the best answer to intervention; only she has an improvement *in the* interaction initiatives. She also has advanced in body language, and facial expressions answer rates. Ana, the second child, has improved in body language and language skills. The third child, Márcia had a *statistically* significant increase of mixed (face and body language) answer rates. *No statistically* significant changes were found in others variables. However, the treatment makes a positive and noticeable clinical improvement *in* children. For example, Izabel show elevated face and total expressions *answer* rates, and Márcia improved her *body language* initiative. Regarding the caregivers, the Márcia' caregivers was highlighted with the increase use *frequencies* of *two strategies*: call the child for her name and play with the child by touch, stimulating a smile answer. The Ana' and Izabel' caregivers increase use frequencies only on strategy: use children's songs and make a funny or complimentary comment for the child to play again. The effect of the early intervention program in the performance of the research subjects was evaluated. We conclude that the intervention program for the caregivers influenced, in a statistically significant way, in the frequency of shifts and modality of responses in children. From the data, it can be concluded that the caregiver intervention, guided by a professional, can be effective and appropriate to the Brazilian socioeconomic context, which government programs and qualified professionals lack to conduct interventions in the early autism treatment.

Keywords: Autism spectrum disorder. Early intervention. Developmental approach.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama das salas utilizadas para as intervenções.	89
Figura 2 – Imagens panorâmicas dos Ambulatórios.....	90
Figura 3 – Número total estimado de ocorrências de comportamentos da cuidadora de Izabel de atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da criança nas fases de linha de base, intervenção e follow-up.....	109
Figura 4 – Número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Izabel a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	110
Figura 5 – Número de ocorrências das iniciativas de Izabel e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	111
Figura 6 – Número de ocorrências de movimentos corporais de Izabel por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	111
Figura 7 – Número de ocorrências de expressões faciais de Izabel por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e follow-up	112
Figura 8 – Número total de ocorrências de comportamentos da cuidadora de Ana de atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da criança nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	121
Figura 9 – Número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Ana a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	122
Figura 10 – Número de ocorrências das iniciativas de Ana e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	123
Figura 11 – Número de ocorrências de movimentos corporais de Ana por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	124

Figura 12 – Número de ocorrências de expressões verbais/vocais de Ana por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e follow-up	124
Figura 13 – Número total de ocorrências de comportamentos da cuidadora de Márcia de atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da criança nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	131
Figura 14 – Número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Márcia a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	133
Figura 15 – Número de ocorrências das iniciativas de Márcia e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e <i>follow-up</i>	133
Figura 16 – Número de ocorrências de movimentos corporais de Márcia por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e follow-up	134
Figura 17 – Número de ocorrências de expressões mistas de Márcia por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e follow-up	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Dados do Tau-U acerca do emprego de cada estratégia de ensino nas sessões de intervenção. Nota: Diferença estatisticamente significativa, corte em $p < 0,05$	110
Tabela 2 – Somatório das modalidades de turnos (iniciativas e respostas) empregados pela díade nas atividades	112
Tabela 3 – Resultados do Tau-U acerca da ocorrência de diferentes modalidades de iniciativa e de resposta de Izabel na fase de intervenção comparativamente à de linha de base (corte em $p < 0,05$).....	113
Tabela 4– Dados do Tau-U acerca do emprego de cada estratégia de ensino nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base (corte em $p < 0,05$) Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$	122
Tabela 5 – Somatório das modalidades de turnos (iniciativas e respostas) empregados pela díade nas atividades	123
Tabela 6 – Resultados do Tau-U acerca da ocorrência de diferentes modalidades de iniciativa e de resposta de Ana na fase de intervenção comparativamente à de linha de base (corte em $p < 0,05$). Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$	125
Tabela 7 – Dados do TAU-U acerca do aumento estatisticamente significativo do emprego de cada estratégia de ensino nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$	132
Tabela 8 – Somatório das modalidades de turnos (iniciativas e respostas) empregados pela díade nas atividades	132
Tabela 9– Resultados do Tau-U acerca do aumento estatisticamente significativo da ocorrência de diferentes modalidades de iniciativa e de resposta de Márcia na fase de intervenção comparativamente à de linha de base (corte em $p < 0,05$) Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$	135

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos conteúdos de ensino e a metodologia abordada em cada encontro.....	92
Quadro 2 – Variáveis referentes às ações/ comportamentos que o adulto deve desempenhar durante as sessões de intervenção	97
Quadro 3 – Pontos de ação e estratégias que podem ser utilizadas para facilitar a interação e a comunicação social entre os cuidadores e as crianças.	97
Quadro 4 – Iniciativas de interação e respostas das crianças	100
Quadro 5 – Objetivos e estratégias utilizados para aumentar atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da Izabel	107
Quadro 6 – Síntese de uma sessão de Izabel	108
Quadro 7 – Objetivos e estratégias utilizados para aumentar atenção ao estímulo social, ao desenvolvimento neuropsicomotor e às funções comunicativas	119
Quadro 8 – Síntese de uma sessão de Ana	120
Quadro 9 – Objetivos e estratégias utilizados para aumentar atenção ao estímulo social e às funções comunicativas de Márcia	129
Quadro 10 – Síntese de uma sessão de Márcia	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	<i>Applied Behavior Analyses</i>
ABC	<i>Autism Behavior Checklist</i>
AC	Atenção compartilhada
ADOS	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i>
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APOE	Associação de Orientação e Proteção aos Excepcionais
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DIR	Developmental, Individual-difference, Relationship-based Model
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5. ^a edição
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 4. ^a edição
DTI	<i>O Discrete Trial Teaching</i>
ENE	Estratégias Naturalísticas de Ensino
ESAT	<i>Early Screening of Autistic Traits Questionnaire</i>
ESDM	<i>Early Start Denver Model</i>
EUA	Estados Unidos da América
FMC	Faculdade de Medicina de Campos
HPC	Hospital dos Plantadores de Cana
IPI	Programas de Intervenção Precoce na Infância
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LEAP	Learning Experiences, na Alternative Program for Preschoolers and their Parents
M-CHAT	<i>Modified – Checklist for Autism in Toddlers</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP-3	Perfil Psicoeducacional 3
PRT	Tratamento Resposta Pivotal
RIT	<i>Reciprocal Imitation Training</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SPM	<i>Sensory Processing Measure</i>
SRP	<i>SonRise</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)</i>
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TPS	Transtornos de Processamento Sensorial
VD	Variável dependente
VI	Variável independente

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	DETECÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE AUTISMO: A HORA E A VEZ DOS BEBÊS	28
1.1	A vez dos bebês	28
1.2	Partindo do desenvolvimento típico para o atípico	33
1.2.1	<u>Comunicação inicial e atenção compartilhada</u>	35
1.2.2	<u>Imitação e jogo simbólico</u>	41
1.3	Sinais precoces de risco	44
2	PELOS CAMINHOS DA INTERVENÇÃO PRECOCE	49
2.1	O pediatra frente ao risco para Autismo	54
2.2	Modelos de intervenção	56
2.2.1	<u>Abordagem comportamental</u>	56
2.2.2	<u>Abordagem desenvolvimentista</u>	62
2.2.2.1	Programa SCERTS	62
2.2.2.2	Programa DIR	64
2.2.2.3	<i>Programa Early Start Denver Model (ESDM) - Modelo Denver para Intervenção Precoce</i>	64
2.2.2.4	Programa SON-RISE	67
2.2.3	<u>Tendências no Desenvolvimento dos Programas de Intervenção Precoce em Autismo</u>	68
2.2.4	<u>Principais elementos para um Programa de Intervenção Precoce em Autismo</u>	71
2.2.4.1	Facilitação do desenvolvimento da comunicação social precoce em crianças com Autismo	71
2.2.4.2	Utilização de jogos e brincadeiras, como facilitadores da interação social, da imitação e de aprendizagens cognitivas e motoras	72
2.2.4.3	Orientação aos pais, de forma a envolvê-los como coterapeutas de seus filhos	76
2.3	Intervenção Precoce para crianças com Transtorno do Espectro do Autismo menores de 03 Anos	77
3	MÉTODO	86
3.1	Objetivo geral	86
3.1.1	<u>Objetivos específicos</u>	86

3.2	Participantes do estudo	86
3.3	As terapeutas	88
3.4	Local da pesquisa	88
3.5	Materiais e instrumentos	89
3.6	Procedimentos gerais	91
3.7	Procedimentos específicos	92
3.8	Delineamento da pesquisa	98
3.9	Registro e análise dos dados	100
3.10	Cálculo da fidedignidade	101
4	RESULTADOS	102
4.1	Estudo de Caso 1 – Izabel	102
4.1.1	<u>História familiar</u>	102
4.1.2	<u>Perfil de Izabel</u>	102
4.1.3	<u>Programa de Intervenção Precoce Elaborado para Izabel</u>	105
4.1.4	<u>Efeitos da intervenção nas iniciativas de interação, respostas e modalidades de respostas no cuidador e na criança</u>	109
4.1.5	<u>Registros do diário de campo</u>	113
4.2	Estudo de Caso 2 – Ana	116
4.2.1	<u>História familiar</u>	116
4.2.2	<u>Perfil de Ana</u>	116
4.2.3	<u>Programa de Intervenção Precoce Elaborado para Ana</u>	117
4.2.4	<u>Efeitos da intervenção nas iniciativas de interação, respostas e modalidades de respostas no cuidador e na criança</u>	121
4.2.5	<u>Registros do diário de campo</u>	125
4.3	Estudo de Caso 3- Márcia	126
4.3.1	<u>História familiar</u>	126
4.3.2	<u>Perfil de Márcia</u>	127
4.3.3	<u>Programa de Intervenção Precoce</u>	127
4.3.4	<u>Efeitos da intervenção nas iniciativas de interação, respostas e modalidades de respostas no cuidador e na criança</u>	131
4.3.5	<u>Registros do diário de campo</u>	135
4.4	Sobre a validade social deste estudo	136
5	DISCUSSÃO	139
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	147

REFERÊNCIAS	149
APÊNDICE A – Pré-teste para pediatras e outros profissionais.....	174
APÊNDICE B – Pré-Teste para Pais e Terapeutas	176
APÊNDICE C – Ficha de Registro dos Variáveis Dependentes (Crianças).....	178
APÊNDICE D – Ficha de Resumo dos Registros (Variáveis Dependentes)	179
APÊNDICE E – Ficha de Registro das Variáveis Dependentes (Adultos).....	180
APÊNDICE F – Alguns Slides Usados nos Cursos de Capacitação para Pais e Terapeutas	181
APÊNDICE G – Alguns Slides Usados nos Cursos	183
APÊNDICE H – Avaliação Final com os Pais das Meninas	186
APÊNDICE I – Índice de fidedignidade.....	190
ANEXO A – Instrumento M-chat.....	194
ANEXO B – Instrumento ESAT.....	195
ANEXO C – Avaliação do perfil sensorial.....	196
ANEXO D – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	201
ANEXO E – Ficha de entrevista e acompanhamento das crianças	206
ANEXO F – Diagnóstico médico e encaminhamento de Ana	207
ANEXO G – Diagnóstico médico e encaminhamento de Izabel e Márcia.....	208
ANEXO H – Atividades de Estimulação Sensorial.....	209

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo progressivo, multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, os desenvolvimentos comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando-se seu contexto de vida. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

Sabemos que, na infância, as aquisições nas várias áreas do desenvolvimento são relativamente uniformes, embora possam normalmente existir áreas mais fortes e outras mais fracas. Assimetrias significativas nas várias áreas podem traduzir patologia, constituindo, por isso, um sinal de alerta. As várias aquisições de habilidades e conhecimentos seguem um encadeamento. Por exemplo, antes de o bebê andar, terá que controlar a cabeça, sentar, ficar de pé, etc. Uma patologia do desenvolvimento pode ser expressa de diferentes formas ao longo do tempo, dependendo das competências em aquisição e dos requisitos ambientais em relação à criança.

Nem sempre o desenvolvimento infantil ocorre de forma típica ou “normal”. Podem ocorrer atrasos, desvios ou transtornos no desenvolvimento da criança. Dentre estes transtornos encontra-se o Autismo. Em 1943, Kanner reconheceu esta síndrome como um distúrbio do contato afetivo, acarretando isolamento social. Nas décadas de 1970 e 1980 houve um afastamento desta visão e o Autismo passou a ser visto como se devendo a um prejuízo cognitivo. Em 1980, ele passou a ser classificado como um transtorno que levaria a um desvio do desenvolvimento e não a um atraso. A partir dos anos 1990, com um retorno aos estudos de Kanner, prejuízos sociais voltaram a ser enfatizados por um número crescente de pesquisadores. Passou, então, a ganhar força uma abordagem desenvolvimentista do Autismo.

É necessário o conhecimento do desenvolvimento infantil típico, que servirá de base para comparação com alterações e doenças relacionadas bem como é importante conhecermos os indicadores de risco que possam aumentar a probabilidade de transtornos no desenvolvimento da criança.

Na Educação Especial, os estudos de perspectivas maternas e de profissionais acerca de aspectos do desenvolvimento infantil (DARBAR; VASCONCELLOS; ARRUDA, 2008; SUNELAITIS; ARRUDA; MARCOM, 2007; DESSEN; COSTA, 2005; CARDOSO et al., 2003; NUNES, 2003) têm fundamentado formas mais eficazes de intervenção com essa

população por meio da orientação de mães acerca de como podem interferir de modo positivo nesse processo.

Nos últimos anos assistimos a alterações consideráveis na classificação diagnóstica do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), em consequência de revisões sistemáticas de critérios, por parte da comunidade científica (APA, 2013), e de avanços clínicos resultantes da prática de profissionais especializados. O DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5.^a edição) publicado em 2013 propõe uma abordagem diagnóstica de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) bastante diferente daquela que é proposta pela DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 4.^a edição). Alguns autores têm-se debruçado sobre a nova proposta dos critérios para classificação do TEA (BARTON, 2012; GIBBS et al., 2012), em particular sobre a proposta de deixar de se considerar as perturbações globais do desenvolvimento, assumindo-se de forma explícita o conceito de espectro de Autismo. A tríade clínica de incapacidades que define o TEA na DSM-IV é reduzida para dois critérios na DSM-5, ficando os *déficits* de interação social e os da comunicação englobados num único critério, designados como "*déficits* na comunicação social". Dentro deste espectro, não se apresentam diferentes categorias de diagnóstico, mas sim uma variação, mais ou menos contínua, da perturbação. (APA, 2013; FILIPE, 2012).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) relaciona o diagnóstico por meio das características da tríade do Autismo composta por (a) *déficit* na interação social e comunicação e (b) comportamentos e interesses restritos e repetitivos (APA, 2014). Assim:

[...] os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), que incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett foram absorvidos por um único diagnóstico, Transtornos do Espectro Autista. A mudança refletiu a visão científica de que aqueles transtornos são na verdade uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: déficit na comunicação e interação social; padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos. Apesar da crítica de alguns clínicos que argumentam que existem diferenças significativas entre os transtornos, a APA entendeu que não há vantagens diagnósticas ou terapêuticas na divisão e observa que a dificuldade em subclassificar o transtorno poderia confundir o clínico dificultando um diagnóstico apropriado (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014, p.70).

Como não existe um marcador biológico, o diagnóstico deve ser feito pelos critérios da CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde). No entanto, é fundamental notar que existem escalas de triagem traduzidas e validadas para a realidade brasileira, que podem ser aplicadas por profissionais da saúde e algumas pelos próprios cuidadores, e que podem sugerir o diagnóstico, como *Modified – Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), *Autism Behavior Checklist* (ABC), *Early*

Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT), *A Childhood Autism Rating Scale* (CARS).

A avaliação diagnóstica é clínica e presencial e deve estar pautada por diretrizes preestabelecidas, assim como cumprir com a aplicação de escalas, tais como o M-Chat, o *Modified Checklist for Autism* (ROBINS et al, 2001) – para crianças com no mínimo 18 meses de idade –, CARS e *Rating Scale Childhood Autism* (PEREIRA, RIESGO & WAGNER, 2008) – a partir dos 36 meses de idade, mesmo já sendo possível identificar em bebês um quadro clínico sugestivo de Autismo. (CAMARGOS, 2008). O sistema diagnóstico brasileiro considera a idade de 36 meses como a formal (OMS, 1987) para emissão do diagnóstico, seguindo a Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID). O DSM V (APA 2014) não utiliza mais a idade como parâmetro.

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) tem início precoce e traz dificuldades que tendem a comprometer o desenvolvimento do indivíduo, ao longo de sua vida, apresentando uma extensa variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia, nas áreas que definem o seu diagnóstico. Trata-se de uma síndrome comportamental complexa que apresenta etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais. (RUTTER, 2011). Até o presente momento, as bases biológicas que buscam explicar a complexidade do transtorno são conhecidas apenas parcialmente e a identificação e o diagnóstico do transtorno são baseados nos comportamentos apresentados e na história do desenvolvimento de cada indivíduo (BARBARO, 2009).

Para que o diagnóstico seja realizado é necessário que ao menos três esferas funcionais tenham perdas: Interação, Comunicação, Comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados e que tenham iniciado até os primeiros 36 meses de idade da criança.

Destacam-se, ainda, no cenário do processo diagnóstico: teste *Autism Diagnostic Observation Schedule* – ADOS, com grande utilidade para crianças menores de 24 meses e em quadros de menor gravidade, visto que as famílias, por vezes, apresentam resistência significativa à aceitação do diagnóstico (PINTO et al, 2016) ou, ainda, as escalas diagnósticas já mencionadas apresentam erros quanto à sutileza sintomatológica; e o Perfil Psicoeducacional 3 (PEP-3), utilizado para avaliar a criança com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) em comparação com outra sem atraso no desenvolvimento e, a partir desta informação, planejar o seu tratamento terapêutico (CAMARGOS JÚNIOR, 2017).

Existem evidências contundentes, há mais de trinta anos, sobre o forte componente genético na maioria das doenças psiquiátricas, entre elas a esquizofrenia, distúrbio bipolar e Autismo. Nos últimos quinze anos, uma série de *locus gênicos* tem sido associada a estas e

outras doenças mentais, utilizando principalmente análise de ligação gênica. Porém, somente poucos genes específicos têm sido identificados. A maioria desses genes só poderá ser reconhecida quando, literalmente, centenas de indivíduos afetados e seus familiares forem analisados. Novas técnicas e metodologias têm surgido como uma promessa para as pesquisas dos fatores genéticos e ambientais envolvidos nas causas dessas doenças (CARVALHEIRA, 2004). Há ainda uma vertente de investigações apontando a ligação entre as doenças autoimunes, especialmente nas sociedades pós-industriais, e o Autismo. (CARVALHEIRA, 2004).

Não há um padrão de herança característico e pesquisas indicam que o Autismo é determinado por um mecanismo multifatorial, ou seja, alterações genéticas associadas à presença de fatores ambientais predisponentes podem desencadear o aparecimento do distúrbio. Mais recentemente, tem-se demonstrado que cerca de 5-10% dos casos apresentam pequenas alterações do genoma (variação do número de cópias, ou do inglês *copy number variation*) que podem ser detectadas com técnicas de análise genômica. Assim como em outros transtornos de causa multifatorial, os riscos de recorrência do Autismo são baseados em estimativas empíricas, ou seja, pela observação direta da recorrência da anomalia em diversas famílias (GIRARDI et al., 2017).

Cerca de um terço dos casos de Autismo ocorre em associação com outras manifestações clínicas, como nos casos decorrentes de alterações cromossômicas ou que fazem parte do quadro de alguma doença genética conhecida. As doenças genéticas mais comumente associadas ao Autismo são a síndrome do cromossomo X-frágil, a esclerose tuberosa, as duplicações parciais do cromossomo 15 e a fenilcetonúria não tratada (GIRARDI et al, 2017).

Existe certo consenso de que o Autismo é decorrente de disfunções do sistema nervoso central (SNC) que levam a uma desordem no desenvolvimento da criança. Há estudos de neuroimagens e de autópsias que indicam anormalidades cerebrais na pessoa com Autismo, como amígdalas de tamanhos anormais, desenvolvimento atrofiado dos neurônios do sistema límbico, córtex frontal com maturação atrasada, baixa atividade de algumas áreas cerebrais, como sistema límbico e córtex frontal (BRAMBILLA et al, 2003; MUNDY, 2003).

Mesmo com as evidências de anormalidades no neurodesenvolvimento, relacionadas ao Autismo, devido à grande complexidade do Sistema Nervoso Central (SNC), bem como da imensa variabilidade de sintomas, até o momento não foi possível determinar, de forma conclusiva, quaisquer fatores biológicos, ambientais ou da interação entre ambos, que sejam decisivos na manifestação deste transtorno (SILVA; MULICK, 2009).

Pessoas com Autismo tendem a apresentar: ansiedade, depressão, afeto lábil, de atenção com ou sem hiperatividade e comportamento agressivo (RAPIN; TUCHMAN, 2008). As habilidades cognitivas podem variar desde retardo mental profundo até capacidades cognitivas superiores. Em torno de 70% dos indivíduos com transtorno do espectro do Autismo apresentam deficiência intelectual (FRITH, 1996; FODSTAD, MATSON, 2008), contudo, segundo Lima (2012), os estudos mais recentes apontam para menos de 50% a relação entre Autismo e retardo mental (JOHNSON et al. 2007).

A comorbidade do Autismo com a deficiência intelectual é bastante significativa e aumenta o nível de dependência e dificuldade para o exercício das atividades de vida diária e diminui as chances para inserção escolar e no mundo do trabalho (FREITAS, 2016). Os estudos mostram um pior funcionamento adaptativo e sintomas mais graves do Autismo, quando a deficiência intelectual está associada (SCHATZ, HAMDAN-ALLEN, 1995; BOLTE, POUSTKA, 2002; MATSON et al. 2003; FODSTAD, MATSON, 2008).

Cerca de 10% das pessoas autistas demonstram habilidades surpreendentes nas áreas de matemática, música, desenho, memória para itinerários, números telefônicos, dentre outros, embora apresentem comprometimento grave em outros domínios (HILL; FRITH, 2003). No passado recente, recebiam a denominação pejorativa de *idiot savants*. O mecanismo destas habilidades superiores permanece desconhecido. As convulsões são relativamente comuns no Autismo, com risco estimado de acometer um terço dos casos. Não há um tipo ou síndrome epiléptica específica associada ao Autismo, mas crises parciais complexas, com ou sem generalização secundária, ausência e crises tônico-clônicas além de descargas epileptiformes sem manifestações clínicas, assim como anormalidades eletroencefalográficas inespecíficas podem estar associadas ao transtorno. (SPENCE; SCKNEIDER, 2009).

Faz parte integrante da vigilância da saúde infantil a pesquisa de sinais de alerta relacionados ao desenvolvimento infantil, em cada idade-chave, de modo que qualquer alteração significativa identificada seja avaliada e, se for o caso, feito o encaminhamento para uma consulta especializada. Esta vigilância deve ser contínua, passando pela observação direta da criança, pelo diálogo com os pais e pela aplicação de testes de rastreio simples. As preocupações dos pais deverão ser sempre valorizadas.

De modo a se obter uma abrangência maior no rastreio das crianças com Autismo, é importante salientar que há instrumentos de rastreamento/ triagem que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas. Instrumentos de rastreamento são aqueles que, em linhas gerais, detectam sintomas relativos ao espectro, mas não “fecham” diagnóstico. É bom destacar que tais instrumentos fornecem informações que levantam a suspeita do diagnóstico,

sendo necessário o devido encaminhamento para que o diagnóstico propriamente dito seja realizado por profissional treinado e capacitado para tal (BRASIL, 2013).

Os dados mais recentes apontam que a prevalência do transtorno está aumentando, mas se discute se os novos números advêm da expansão dos critérios diagnósticos no DSM, de diferenças metodológicas nos estudos científicos, de um melhor reconhecimento do transtorno por profissionais de saúde ou de aumento real na sua frequência. (APA, 2013). Sobre a prevalência do Autismo, a *Center of Diseases Control and Prevention –EUA-* (2017) nos Estados Unidos da América apresenta a relação de 1 caso para cada 68 nascidos vivos e no mundo a prevalência global estimada é de 1:100 casos, acometendo 4 meninos para 1 menina. Há também uma prevalência aumentada em irmãos de crianças com Autismo em comparação com a população em geral (KEINERT; ANTONIUK, 2017). Encontra-se alta taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos (36 a 96 por cento) até 10 por cento em dizigóticos (HALLMAYER; CLEVELAND; TORRES, 2011).

Em geral, são os pais e cuidadores que percebem, precocemente, alguma alteração do desenvolvimento, que pode ser difícil de ser detectada no tempo limitado de uma consulta, por exemplo (ZANON et al, 2014). As informações prestadas pelos familiares e cuidadores são de grande ajuda para que o diagnóstico de alterações do desenvolvimento se faça o mais cedo possível. A informação dada pelos educadores de creche e professores também é muito importante para qualquer suspeita de alteração do desenvolvimento.

Sabemos que as interações sociais são fundamentais para o desenvolvimento humano, e já são evidenciadas nas relações iniciais mãe-bebê. Segundo Tomasello (1998), o ser humano é um ser social, que demanda a interação com o outro para se desenvolver. A espécie humana é, de todas, a mais dependente de seus cuidadores. Pelas trocas sociais recíprocas são passados, de geração em geração, de pais para filhos, conhecimentos, hábitos, religiosidade, língua, enfim, toda herança cultural acumulada pela humanidade. Tudo isso só é possível acontecer a partir das interações sociais.

Desde a gestação, o bebê humano já interage com o meio em que vive, podendo, segundo Klauss e Klauss (1989), desenvolver seus sentidos (audição, visão, paladar e toque), sendo capazes de perceber estímulos externos, como luz e som, além de perceber o estado emocional da mãe.

O bebê já nasce programado biologicamente para a interação com seus cuidadores e com o ambiente, o que garante a sua sobrevivência e desenvolvimento, já que precisa do outro para satisfazer suas necessidades básicas, como alimentação e higiene. O recém-nascido nasce socialmente pré-orientado, sendo para a mãe, em geral sua principal cuidadora e primeira

influência social, que o recém-nascido dirige os seus sentidos. Contudo, observa-se no Autismo uma falta de coordenação com o comportamento social de outras pessoas (HOBSON,2002).

Hobson (2002) afirma ainda que, para que estas trocas sociais sejam, de fato, recíprocas, o bebê precisa apresentar reciprocidade ou engajamento emocional. A base do desenvolvimento humano está, então, na capacidade de um ser humano se ligar afetivamente a outro.

Crianças com Autismo apresentam prejuízos na intersubjetividade primária devido às dificuldades em compreenderem os gestos comunicativos, as reações, intenções e objetivos dos outros (MAESTRO e cols, 2001) A pesquisa desenvolvida por Trevarthen e Daniel (2005) também colabora para o entendimento de como as relações intersubjetivas ocorrem entre uma criança com Autismo e seu cuidador em comparação com uma criança com desenvolvimento típico.

O presente estudo intitula-se “Falando com bebês...”, porque a voz é para o ser humano um instrumento expressivo fundamental. É nos interstícios do ritmo musical de suas protoconversações, no vai e vem lúdico, que o bebê se constrói na sua relação com aquele que podemos nomear como o outro principal (TREVARTEN; GRATIER, 2005). Os conhecimentos sobre protoconversação demonstram como o adulto e o bebê seguem um modelo rítmico, com uma previsível regularidade. Eles podem, desta forma, trocar sons, expressões faciais ou gestos, às vezes de modo sincrônico e mais frequentemente alternando sobre um intervalo regular. São modelos de cocriações do bebê e do adulto, cada um sendo capaz de prever com exatidão o que o outro fará. (LAZNIK, 2013). O “manhês” tem também um papel muito importante, porque ajuda a criança na organização da própria fala. Também para crianças com atrasos ou desvios no desenvolvimento, ou risco para Autismo, as protoconversações são valiosas.

São vários os estudos que indicam a intervenção precoce como fator primordial para a melhora do quadro clínico do Autismo, gerando ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança (CHARMAN, 2004; REICHOW, 2011). Devido à neuroplasticidade cerebral, a intervenção iniciada precocemente desempenha papel importante, fortalecendo os efeitos positivos da mesma. Dentre os ganhos decorrentes da intervenção precoce, quando estudada a longo prazo, estão redução dos gastos dos familiares no tratamento das crianças, redução de gastos para a saúde pública, melhores resultados para a criança e minimização do quadro autístico, segundo Garcia e Lampréia (2011).

É, então, de grande importância a implementação de medidas preventivas e intervenção precoce com bebês de risco. É necessária uma escuta qualificada da família e da pessoa em questão, incluindo: sua história de vida (dados sobre a gestação, o nascimento, os primeiros anos de vida, os marcos de desenvolvimento); a configuração familiar (quem mora na casa, laços familiares, relações com amigos, quem se ocupa prioritariamente do cuidado); sua rotina diária (creche, escola ou grupo social, dia a dia, autonomia); sua história clínica (intercorrências de saúde, hospitalizações); os interesses da pessoa e da família de um modo geral; a queixa da pessoa e/ou da família, segundo o documento Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (2015).

Porém, vários fatores podem retardar a intervenção, como a demora na detecção das primeiras dificuldades no comportamento da criança, na busca pela ajuda profissional e na realização do diagnóstico. Alguns estudos têm demonstrado que crianças com Autismo poucas vezes recebem esse diagnóstico antes dos cinco anos (DALEY, 2004; MANDELL; LISTERUD; LEVY; PINTO-MARTIN, 2002), sendo que algumas são diagnosticadas apenas quando atingem idade escolar (NOTERDAEME; HUTZELMEYER-NICKELS, 2010).

Segundo Lampréia (2007), um programa de intervenção precoce, ancorado no enfoque desenvolvimentista, que orientará nosso percurso neste estudo, deve procurar basicamente estabelecer o caminho de desenvolvimento dos precursores da linguagem independentemente da causa. Os pesquisadores que defendem o enfoque desenvolvimentista consideram que o distúrbio do desenvolvimento típico ocorre devido a problemas biológicos, mas sem adotar uma visão determinista. Isso significa que os distúrbios comportamentais não podem ser explicados exclusivamente pelos *déficits* biológicos. Segundo essa perspectiva, o desenvolvimento típico deve ser compreendido a partir da articulação entre as capacidades biológicas iniciais para o engajamento social, com as quais todo bebê humano vem equipado, e as interações sociais posteriores.

A elaboração e operacionalização de um programa de intervenção precoce se dá sempre dentro de um referencial teórico que lhe dá coerência. Neste estudo, buscaremos compreender as peculiaridades e desvios do desenvolvimento da criança com Autismo a partir do desenvolvimento típico. Essas particularidades envolvem, principalmente, uma falha no desenvolvimento dos precursores da linguagem acarretando *déficits* secundários característicos.

Entretanto, cabe aqui registrar que, atualmente, acredita-se que nenhum fator sozinho poderá explicar plenamente o desenvolvimento da atenção compartilhada (SCHIETECATTE;

ROEYERS; WARREYN, 2012), assim como se questiona a possibilidade de o Autismo ser explicado unicamente por um modelo “puro” de desenvolvimento.

Também, a grande maioria das pessoas no Transtorno do Espectro Autista apresenta disfunções sensoriais. A incidência das disfunções sensoriais em autistas varia entre 45% a 96%. Tais disfunções são clinicamente únicas, assim como são os casos das pessoas no TEA. Aliado à variedade de casos e à complexidade que cada um apresenta no espectro, esse cenário torna o diagnóstico um grande desafio. Além disso, ainda são poucos os profissionais de saúde que conhecem e consideram a parte significativa das manifestações clínicas do TEA têm relação direta ou indireta com disfunções sensoriais, principalmente nos casos de hipersensibilidade sensorial (HS), tornando-a parte significativa de disfunções de comunicação e socialização no TEA. Crianças com disfunções sensoriais táteis na boca ou gustativas, por exemplo, podem apresentar atraso de fala e/ou desenvolver problemas dietéticos. Uma pessoa que é hipersensível a estímulos auditivos, olfativos e visuais se sentirá desconfortável de uma forma tão grande que muitas vezes preferirá permanecer em casa ao invés de andar por uma cidade, visitar familiares ou ir a eventos com várias pessoas (MACHADO et.al, 2017).

Transtorno de Processamento Sensorial (TPS) é o termo usado para se referir a dificuldades no processamento e na utilização de informações sensoriais para a regulação de respostas fisiológicas, motoras, afetivas e/ou de atenção que interferem na organização do comportamento e na participação em atividades da vida diária. O TPS pode ser observado em indivíduos sem qualquer condição clínica aparente, mas geralmente ocorre associado a outros diagnósticos como, por exemplo, transtorno do espectro autista, transtorno do déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do desenvolvimento da coordenação e síndrome do X frágil. Sua prevalência é estimada em 5 a 16% na população aparentemente normal e em 30 a 80% na população com diagnósticos específicos (LAI et. al, 2011).

O processamento sensorial diz respeito à forma como o sistema nervoso central gerencia as informações recebidas dos órgãos sensoriais, ou seja, os estímulos visual, auditivo, tátil, gustativo, olfativo, proprioceptivo e vestibular. O processo inclui tanto a recepção, modulação, integração, discriminação e organização de estímulos sensoriais como as respostas comportamentais adaptativas a esses estímulos (LAI et al., 2011).

As manifestações clínicas dos TPS são variadas e incluem choro e agitação excessivos, dificuldade de autoconsolo, problemas de sono e na aceitação dos alimentos, exacerbação da angústia de separação dos pais, timidez persistente e exagerada perante estranhos, intolerância a mudanças, falta de interesse e apatia à interação social. Os problemas funcionais comumente associados ao TPS na primeira infância incluem diminuição das habilidades

sociais e na participação em brincadeiras; redução da frequência, duração ou complexidade de respostas adaptativas; autoconfiança e/ou autoestima prejudicadas; e habilidades motoras deficientes. Problemas no equilíbrio, na coordenação motora grossa e fina e no planejamento motor, além de atraso na aquisição da linguagem, hipersensibilidade tátil ou dispersão acentuada tornam-se evidentes na idade pré-escolar. Na escola, aparecem os problemas na escrita e na leitura, *déficit* de atenção e/ou dificuldades emocionais e na interação com os colegas. Os problemas podem persistir até a idade adulta, resultando em dificuldades sociais e emocionais. A detecção dos TPS baseia-se na observação do comportamento da criança e/ou na aplicação de questionários para os pais (AHN et al, 2004).

Assim, é necessário identificar e tratar de forma precisa as pessoas com disfunções sensoriais, em especial HS. Intervenções sensoriais desenvolvidas por terapeutas ocupacionais em crianças no TEA trazem um ganho significativo de socialização e melhoria dos cuidados pessoais (MACHADO et al., 2017)

Diante desta “urgência” em relação ao Autismo infantil, a presente pesquisa tem como objetivo geral avaliar os efeitos da aplicação de um programa de intervenção precoce, para pais/ cuidadores, baseado na abordagem desenvolvimentista na frequência de turnos e modalidade de iniciativas e respostas da criança, para crianças de 08 (oito), 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) meses, quando do início do tratamento. O programa de intervenção precoce, utilizado por nós, foi inspirado nos Modelos de Intervenção Precoce de Abordagem Desenvolvimentista, que se destinam a intervir com crianças muito pequenas, com perturbações do espectro do Autismo. Estes visam promover a tendência espontânea que as crianças têm para se aproximar e interagir com os outros. Esta abordagem segue os interesses de cada criança e fornece uma base para a sua comunicação e interação.

A literatura aponta que o modelo desenvolvimentista tem se revelado eficaz em favorecer o desenvolvimento das crianças, especialmente entre 18 e 48 meses, e pode ser utilizado em contextos naturais. Ele fornece inúmeras estratégias estruturadas para trabalhar com crianças muito jovens, em contextos individuais e em grupo, promovendo o seu desenvolvimento em domínios-chave como a imitação, a comunicação, a cognição, as competências motoras e sociais, o comportamento adaptativo e os jogos (ROGERS; DAWSON, 2010).

Esta tese está dividida em seis capítulos. No primeiro capítulo abordaremos o desenvolvimento típico da interação mãe-bebê, a importância da atenção compartilhada e os sinais de risco para Autismo, nos primeiros anos de vida. No segundo capítulo, trataremos da importância da intervenção precoce e como se desenvolvem os modelos de intervenção

precoce. No terceiro capítulo, apresentaremos o método utilizado, caracterizando os participantes da pesquisa, os procedimentos utilizados, o local de realização da pesquisa, assim como técnicas e procedimentos de coleta e análise de dados. No quarto capítulo, estarão os resultados. No quinto capítulo será apresentada a discussão e, no sexto, as considerações finais.

1 DETECÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE AUTISMO: A HORA E A VEZ DOS BEBÊS

1.1 A vez dos bebês

A partir da década de 1960 os trabalhos de Psicologia do Desenvolvimento passaram a apontar para diferenças de comportamentos dos bebês, desde os primeiros dias de vida. Destes estudos surgiu a noção de temperamento e o reconhecimento de ritmos próprios, reações e preferências individuais, bem como diferentes estados de consciência, de acordo com o grau de sono ou vigília do bebê. O recém-nascido tornou-se um “bebê competente”. Suas capacidades foram reconhecidas em diferentes campos como visão, audição, paladar, deixando de ser uma criatura limitada, apenas capaz de chorar, mamar e dormir, para tornar-se alguém ativo, competente, capaz de dar respostas, capaz de estabelecer coordenações entre visão e audição, visão e preensão, visão e paladar, muito precocemente. Este recém-nascido também precisará selecionar e integrar informações do ambiente, que é diferente do ambiente uterino, de forma a realizar aprendizagens cognitivas e motoras. Então, desmitifica-se a visão de bebê como um ser frágil, imaturo, indefeso, sem capacidades, espinal ou totalmente reflexo (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

Esta mudança na visão do que seja o bebê competente nos faz reconhecer ainda mais a importância das respostas que o adulto fornece ao bebê como fundamentais à garantia do seu bom desenvolvimento emocional, cognitivo e social.

Com os avanços dos conhecimentos científicos, especialmente na área de Neonatologia, os índices de mortalidade infantil foram reduzidos, possibilitando maior sobrevivência dos neonatos de risco. Entre esses se encontram cada vez mais, bebês pré-termo (segundo a Organização Mundial de Saúde- OMS- são aqueles nascidos com menos de 37 semanas de gestação, independente do peso ao nascimento) com idades gestacionais consideradas de risco para uma variedade de disfunções do desenvolvimento (LINHARES, 2003).

O crescimento dos índices de sobrevivência de bebês pré-termo, nas últimas duas décadas, motivou um grande número de estudos acerca da qualidade de vida e da integração da criança prematura no ambiente. (LINHARES; CARVALHO; MACHADO; MARTINEZ, 2003).

Diversas pesquisas foram impulsionadas pela preocupação com o impacto da condição de prematuridade e baixo peso na relação mãe-bebê e sua repercussão no desenvolvimento,

aprendizagem e adaptação psicossocial da criança (LINHARES; CARVALHO; MACHADO; MARTINEZ, 2003). A identificação precoce das alterações no desenvolvimento da criança e/ou dos indicadores de risco, sejam elas orgânicas e/ou ambientais, possibilita uma intervenção oportuna (PEDROMÔNICO, 2003).

Segundo Formiga, Pedrazzani e Tudella (2010), são considerados de risco todos os bebês suscetíveis a qualquer desvio do desenvolvimento neuropsicomotor decorrentes de determinantes pré, peri ou pós-natais. Não somente os fatores somáticos, mas também os ambientais que possam provocar *déficits* motores, sensoriais, mentais ou emocionais no desenvolvimento do bebê. Fatores de risco são condições que estão associadas a uma alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis, com comportamentos que comprometem a saúde, o bem-estar e a competência social. Este conceito passou a ser um dos principais focos das preocupações dos estudiosos sobre prevenção.

Os grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social da criança, bem como a aquisição e o controle da linguagem ocorrem durante os três primeiros anos, período essencial no desenvolvimento global do ser humano. Aspectos como problemas nutricionais, ambientais, pouca estimulação oferecida à criança, baixo padrão intelectual e socioeconômicos podem exercer influência negativa no desenvolvimento integral das crianças, provocando risco de atrasos e distúrbios no desenvolvimento infantil.

Segundo Formiga (2004), além dos fatores que podem interferir negativamente no desenvolvimento da criança, o conhecimento e a identificação dos fatores de proteção são de grande importância na implementação de medidas preventivas e intervenção precoce com bebês de risco. Segundo a Política Nacional de Prevenção de Deficiências (BRASIL, 1992), é importante encontrar o momento ideal para a intervenção. Na legislação, prevenir implica realizar ações que impeçam a ocorrência de fatos ou fenômenos prejudiciais à vida, à saúde e, caso ocorram, evitar a progressão de seus efeitos. Assim, quanto mais ações preventivas, menores as alterações no desenvolvimento natural, e as chances de risco biopsicossocial para a criança (PEREZ-RAMOS; PEREZ-RAMOS, 2006).

O ambiente familiar pode ser um mediador importante para minimizar os efeitos adversos da vulnerabilidade biológica, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, e favorecer o desenvolvimento das potencialidades da criança. Pode-se ressaltar aqui a importância da atenção e engajamento do bebê aos estímulos ambientais e da qualidade da relação mãe-bebê. A mãe ou a figura que a representa exerce o papel de mediadora do desenvolvimento da criança, acompanhando-a nas suas primeiras aprendizagens e rotinas,

garantindo segurança afetiva e promovendo um ambiente estável e estimulador. (BRAZENTON, 1994)

Na visão de Nunes (1995), as ações preventivas dos atrasos e distúrbios do desenvolvimento podem ser desenvolvidas em três níveis: primário, secundário e terciário e há necessidade de instrumentos preventivos e fidedignos que auxiliem a identificação de bebês de risco. A prevenção primária consiste em reduzir a incidência de excepcionalidade, removendo os fatores de risco, por meio de um trabalho educativo, promovendo melhorias nas qualidades de saúde, educação, trabalho, moradia, prevenindo-se, assim, o desenvolvimento inicial de uma patologia, visando impedir que fatores de risco provoquem a condição especial. A prevenção secundária visa evitar os agravos da doença e/ou a duração, quando esta já se instalou. A prevenção terciária visa promover a adaptação do indivíduo especial às consequências inevitáveis, ou incuráveis, evitando-se a institucionalização, reduzindo a ocorrências de comportamentos autolesivos e estereotipados, auxiliando a família na convivência com a criança, prevenindo recorrências da doença, ou seja, controlá-la e estabilizá-la, evitando danos sociais, morte e outros sofrimentos, ou seja, a prevenção tem interesse em atuar no sentido de impedir a instalação de um quadro psicopatológico grave na infância, com todas as incapacidades que poderiam incidir sobre o desenvolvimento da criança.

A intervenção precoce é aquela que ocorre antes que padrões de postura e movimentos anormais se instalem, sendo os primeiros quatro meses o período ideal para iniciar um programa. (NUNES; SISDELLI; FERNANDES, 1994; BRANDÃO, 1992)

Desta forma, o acompanhamento longitudinal no desenvolvimento da criança possibilita a detecção precoce de problemas, com consequente intervenção. Esta temática tem sido bastante discutida, de forma especial sobre o acompanhamento e avaliação constantes dos bebês considerados de risco em relação ao desenvolvimento saudável (FORMIGA, 2004). No caso de risco para Autismo, os bebês prematuros e aqueles que têm irmão com esta síndrome são considerados os principais grupos de risco.

Desde 2005, pesquisas longitudinais prospectivas têm procurado sinais de risco de Autismo a partir dos 6 meses de idade. Estudos têm utilizado categorias discretas de atenção compartilhada – olhar para o interlocutor, alternância de olhar, apontar e seguir objetos, que se referem a interações triádicas (mãe-bebê-objeto) e se desenvolvem entre 09 e 15 meses de idade. Segundo Bosa (2002), estas são precursoras da linguagem e marcadores de Autismo.

Bosa (2001) também reporta-se a um estudo utilizando a análise de vídeos caseiros durante o primeiro semestre de vida do bebê, os quais foram, posteriormente, diagnosticados

como apresentando Autismo. Foram identificados comprometimentos quanto ao contato ocular, sorriso e balbucio, durante a interação com suas mães. Isso ocorreu mesmo na ausência de quaisquer problemas observáveis quanto ao estilo interativo materno.

Já que *déficits* e comprometimentos resultantes do Autismo são definidos em relação ao desenvolvimento típico, para determinar se uma criança está exibindo sinais de Autismo, é crucial ter conhecimento do que constitui comportamento típico em uma criança do mesmo nível de desenvolvimento. Este conhecimento pode ajudar estudiosos, pesquisadores e clínicos a evitar diagnósticos excessivos ou minimizar preocupações pertinentes sobre comportamentos autísticos (BISHOP et al., 2008).

A vinculação da criança ao cuidador constitui a base a partir da qual as futuras interações serão estabelecidas. Entre os 12 e os 14 meses, este vínculo se torna bastante evidente, caracterizando-se por um comportamento de aproximação, medo de estranhos e ansiedade de separação. O contato ocular pobre ou choro inconsolável, mesmo quando confortado pelos pais, podem ser considerados sinais de alarme em qualquer idade. A agressividade excessiva, movimentos repetitivos e falta de interesse nas pessoas constituem também sinais preocupantes.

A relação entre a criança e os pais durante os primeiros anos de vida é a base das suas futuras interações e a forma como virá a ver a si própria. É, por isso, a base do seu modo de funcionamento em sociedade e é importantíssimo para o seu equilíbrio emocional. Infelizmente, em muitos casos, este equilíbrio é ameaçado muito precocemente, tanto por patologias inerentes à própria criança como por problemas referentes aos pais. Vários fatores ambientais podem influenciar negativamente o desenvolvimento, tais como meios socialmente desfavorecidos, depressão materna, conflitos conjugais, negligência, violência doméstica, doenças e outros (FORMIGA, 2010).

Os pais da criança com diagnóstico de Autismo se deparam com uma nova situação que exige ajuste familiar. O desejo fantasiado da gestação precisa de uma adequação àquele que nasce e que tem características próprias. As crianças diagnosticadas com TEA frequentemente apresentam maior grau de incapacidade cognitiva e dificuldade no relacionamento interpessoal. Conseqüentemente, exigem cuidado diferenciado, incluindo adaptações na educação formal e na criação como um todo. Essas peculiaridades levam a mudanças na dinâmica familiar, que exige um cuidado prolongado por parte de todos os familiares que convivem com uma criança com Autismo (BAGAROLLO; PANHOCA, 2010). São relatados com frequência aumento dos níveis de *stress*, o que causa impacto na qualidade de vida de todos os membros da família. A condição especial da criança requer que

os pais encarem a perda do filho idealizado e desenvolvam estratégias de ajustes à nova realidade. O convívio dos pais com as manifestações específicas do Autismo em seus filhos pode culminar, muitas vezes, com o próprio afastamento familiar em relação à vida social (BRAGA; AVILA, 2004).

A identificação precoce da síndrome do Autismo é recente. Segundo Myers et al. (2007), a avaliação clínica em crianças menores de cinco anos teve início nas últimas duas décadas. Dawson et al. (1998), a partir de estudos com análise de vídeos de aniversários do primeiro ano de vida de bebês que receberam, posteriormente, diagnóstico de Autismo, identificaram que 50% dos pais percebiam os sinais antes de um ano de idade. Essas crianças, caracteristicamente, exibiam *déficits* nos comportamentos sociais, afetivos e de comunicação.

Os primeiros estudos sobre o desenvolvimento inicial de Autismo, com finalidade de encontrar medidas para a identificação precoce, utilizaram o vídeo familiar retrospectivo, feito antes do diagnóstico, e testes de rastreamento. No caso dos estudos de vídeos, muitos contribuíram para identificar sinais de risco entre nove e 24 meses de idade, tais como ignorar pessoas, necessidade de mais instigações para responder ao chamado do nome, comprometimento da atenção compartilhada e do jogo simbólico (LAMPREIA, 2008; WETHERBY; PRIZANT, 2002). É consensual na literatura da área que *déficits* na atenção compartilhada e no jogo simbólico são marcadores de risco de Autismo no segundo ano de vida (CHARMAN, 2004).

Na última década, tem sido enfatizada, de forma crescente, a necessidade e a importância do diagnóstico do Autismo aos 18 meses de idade, havendo pesquisas que sugerem que este poderia ser realizados entre oito e 12 meses, visando minimizar os efeitos do transtorno autístico. A Academia Americana de Pediatria recomenda que todas as crianças passem por avaliação de rastreamento do Autismo até os 18 meses de idade, a fim de se submeterem a intervenções específicas as suas necessidades (SOLOMON et al., 2007).

A interação social é uma área de grande importância no desenvolvimento: depende de capacidades motoras adequadas, capacidade de resolução de problemas e formas de linguagem e comunicação apropriadas. Nesta área estão compreendidos alguns sinais de alarme para perturbações do espectro do Autismo, que devem ser valorizados precocemente, alguns a partir do 1º ano de vida: falta de reciprocidade afetiva, inexistência de sorriso social e vontade de partilhar afetos, predomínio de afetos negativos e pouco interesse na comunicação (ZWAIGENBAUM, 2009).

A identificação precoce das alterações no desenvolvimento da criança e/ou dos indicadores de risco, sejam as mesmas de natureza orgânica e/ou ambiental, deve possibilitar uma intervenção oportuna, de acordo com a atual Política Nacional de Prevenção de Deficiências (2013). Além dos fatores que podem interferir negativamente no desenvolvimento da criança, é fundamental a identificação dos fatores de proteção, que são recursos do próprio indivíduo ou do ambiente, como maior nível de instrução materna, realização de exames pré-natais, não consumo de álcool e drogas pela mãe, nascimento a termo, dentre outros, que possam ser ativados a fim de neutralizar as adversidades, vulnerabilidades e riscos ao desenvolvimento da criança (YUNES; SYSMANSKY, 2011).

1.2 Partindo do desenvolvimento típico para o atípico

Necessário se faz conhecer os marcos do desenvolvimento infantil típico e os aspectos afetivos da comunicação mãe-bebê na fase pré-linguística, não somente para elaborar propostas de intervenção, embasadas cientificamente, como para identificar sinais de risco para tal desenvolvimento. Estes indicadores do desenvolvimento infantil, apresentados a seguir, são consenso na literatura (MURAHOVSKI, 2013; HALPERN, 2015; KEINERT; ANTOUNIUK, 2017)

No primeiro ano de vida:

- a) Aspectos relacionados à interação social:
 - apresenta sorriso social;
 - faz contato visual;
 - manifesta interesse pelas pessoas;
 - exhibe comportamento antecipatório (ex.: estender os bracinhos para “pedir colo”);
 - apresenta expressão facial em resposta às situações sociais e emocionais;
 - segue o olhar do outro;
 - olha para objetos e demonstra interesse (sacode, atira, bate);
 - recebe bem o carinho recebido;
 - aninha-se no colo;
 - demonstra interesse quando brincam com ele.
- b) Aspectos relacionados à comunicação:

- emite sons guturais;
- inicia verbalizações como “mama”, “dá”, “papa”;
- utiliza gestos como forma de imitação: dar *tchau*, soltar beijo...;
- brinca de forma simbólica, imaginativa, “faz de conta”.

No segundo ano de vida:

- a) Aspectos relacionados à interação social:
- mostra interesse por objetos ou pessoas que despertem sua curiosidade apontando para os mesmos;
 - comunica-se empregando expressões faciais (arregalar os olhos para expressar espanto, por exemplo);
 - apresenta jogo simbólico de forma mais nítida, reproduzindo o cotidiano por meio das brincadeiras (ex: dar comida na boca da boneca) e toma iniciativa de levar objetos de seu interesse ao cuidador.
- b) Aspectos relacionados à comunicação:
- formula pequenas frases;
 - desenvolve gradativamente seu vocabulário;
 - usa, amplamente, os gestos na comunicação;
 - repete a fala do adulto, dentro da situação de comunicação;
 - começa a contar pequenas histórias;
 - produz a maior parte dos sons da língua, mas pode apresentar “erros”;
 - a fala tem melodia bem infantil;
 - no final do segundo ano de vida, gosta de brincar com outras crianças.

No terceiro ano de vida:

- a) Aspectos relacionados à interação social
- mostra e aponta objetos para compartilhar com os adultos;
 - gosta de propor e engaja-se em brincadeiras com outras crianças da mesma faixa de idade;
- b) Aspectos relacionados à comunicação
- canta e pode recitar versinhos;
 - faz distinção de gêneros (masculino e feminino) e de número (singular e plural);

- dialoga com o adulto, com o adulto sustentando o diálogo.

A atenção compartilhada tem sido considerada a habilidade mais importante dessa fase por ser um precursor da compreensão das intenções comunicativas dos outros, da imitação com inversão de papéis e da linguagem. Carpenter e Tomasello (2000) afirmam que as habilidades de linguagem parecem surgir de atividades não linguísticas de atenção compartilhada. A criança para adquirir um símbolo precisa ser capaz de determinar a intenção comunicativa do outro e se engajar em imitação, invertendo papéis. Isso implica que a criança precisa ser capaz de compreender as intenções do adulto com relação à sua própria atenção ou seja, em que alvo o adulto quer que ela focalize - estabelecendo atenção compartilhada. Ela também deverá ser capaz de usar o novo símbolo com relação ao adulto da mesma maneira e com o mesmo objetivo comunicativo que o adulto.

Sabemos que o distúrbio da atenção compartilhada tem sido apontado como um dos indicadores mais fortes do Autismo, junto com o jogo simbólico, permitindo diferenciar crianças com Autismo de crianças com outros tipos de atraso no desenvolvimento (CARPENTER; TOMASELLO, 2000; MUNDY; STELLA, 2000).

1.2.1 Comunicação inicial e atenção compartilhada

A investigação na área do desenvolvimento infantil possibilitou a atribuição de maior importância à relação interpessoal mãe-bebê, indicando que a boa qualidade das relações desempenha um papel fulcral no desenvolvimento das crianças, assim como permitiu conhecer melhor o papel ativo do bebê e as suas competências, salientando o seu potencial para agir socialmente. Isto contribuiu para mais atenção e valorização das interações precoces no processo de desenvolvimento, bem como a maior valorização da qualidade e natureza das interações.

Sabemos que, mesmo antes de nascer, o bebê já é orientado socialmente, em especial em relação à mãe, ou seja, este já é programado biologicamente para buscar interação com seus cuidadores. Deles depende para se alimentar, fugir do frio, do calor, manter-se saudável e hígido.

A mãe é capaz de atribuir significados de acordo com os contextos de troca e de seu conhecimento do bebê. Por meio de suas representações acerca do mundo e da infância, a mãe atribui significados e expectativas em relação ao bebê e ao seu desenvolvimento. É no processo de interação e na negociação de significações nele envolvida que se desenvolvem

esses meios de comunicação, de "fazer sentido um para o outro" (SEIDL DE MOURA et al. 2004).

O sistema de comunicação que se estabelece entre a mãe e o bebê, é que possibilita trocas interacionais entre eles e sofre transformações intimamente ligadas ao próprio desenvolvimento do bebê.

As primeiras formas de interação humana ocorrem na díade mãe-bebê, quando o recém-nascido demonstra interesse em interagir com a sua mãe, por meio do contato ocular, do sorriso responsivo, das vocalizações e do choro. Segundo Stern (1992), há uma grande sintonização afetiva entre o bebê e sua mãe e estes podem expressar estados afetivos semelhantes, por meio das modalidades sensoriais, como o toque, por exemplo. Para que estas interações se tornem trocas sociais efetivas, é preciso que haja reciprocidade e comunicação, ou seja, precisa ser sustentada pelos dois, dependendo da resposta de ambos. Por isso, o contato ocular, por parte do bebê, é uma das formas mais primárias de interação.

Várias perspectivas teóricas sustentam a hipótese de que o bebê viria ao mundo com a capacidade de engajar-se afetivamente com o outro. Ele é capaz de imitar movimentos de projeção da língua feitos por um adulto à sua frente após a primeira hora de nascimento; aos dois ou três meses, demonstra padrões comportamentais distintos de interação com pessoas e com objetos, bem como se esforça para que o adulto se engaje na interação, exibindo, pela expressão facial, pelos movimentos corporais, pelo choro, as reações emocionais. Esses comportamentos colaboram para que a sintonia entre os movimentos corporais de ambos os parceiros confira significado à interação (BRAZELTON et al., 1974; HOBSON, 2002, 2009; STERN, 1985, 2000).

Na caracterização das interações mãe-bebê, dois elementos são fundamentais: a reciprocidade e a comunicação (RIBAS, 1996). Argumenta-se que a interação exige que os parceiros respondam aos comportamentos um do outro e que seja, sobretudo, sustentada por ambos. Segundo Seidl de Moura et al. (2004), essa reciprocidade parece ser encontrada desde fases iniciais do desenvolvimento do bebê e pode ser inferida, por exemplo, no processo de afiliação descrito por Bruner (1983) e nas evidências produzidas pelos experimentos de rosto imóvel (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Além da reciprocidade, segundo Ribas (1996), é preciso que ocorra algum nível de comunicação entre a mãe e o bebê. Essa comunicação pode ocorrer de variadas formas: pelo contato olho a olho, sorrisos, vocalizações, posturas, gestos, expressões faciais, tom de voz, aproximação e afastamento corporal, brincadeiras e do choro. Assim, mãe e bebê são sensíveis aos sinais um do outro e respondem a eles, continuamente.

Para Hobson (2002), mesmo antes de surgir a linguagem, o engajamento e a troca social com o outro ajudam a criança na construção dos pilares da comunicação e no surgimento da linguagem. Por meio das trocas, o bebê vai estruturando o seu pensamento. Isto ocorre porque o bebê humano nasce com a capacidade de ser sensível e responsivo ao comportamento afetivo dos que o cercam. Para que uma criança aprenda a usar a linguagem e desenvolva as capacidades simbólicas é extremamente relevante que esta participe das várias atividades comunicativas pré-linguísticas. Estas atividades ocorrem desde a fase da intersubjetividade primária, se estendem até se tornarem mais elaboradas na fase da intersubjetividade secundária, até a criança alcançar a capacidade de simbolizar. (TREVARTHEN, 2001; HOBSON, 2002; TOMASELLO, 2003).

Durante o período pré-linguístico de vida do bebê, a atividade de compartilhar dá-se de maneira inerente ao contexto de expressões afetivas das interações diádicas (intersubjetividade primária). Com isso, a intersubjetividade é vivida em termos de afetos presentes nas interações. Após os seis meses de idade do bebê, começam a surgir evidências de comportamentos de compartilhar interesses, havendo a possibilidade de integração do mundo dos objetos com o mundo social (início de interações triádicas). (NOGUEIRA; MOURA, 2007, p. 131)

A atenção conjunta («*joint attention*») é um sistema de processamento de informação que se inicia entre os quatro e os seis meses de idade e onde se alicerça a aprendizagem social. Baseia-se na capacidade inata de a criança coordenar o seu olhar (atenção visual) com o do seu parceiro social, o que leva a uma partilha de interesses visuais que acabam por ser modelos sociais de ensino e aprendizagem (MUNDY, MASTERGEORGE, 2009). Klinger e Dawson (1992) identificaram comportamentos vitais, presentes desde o primeiro ano de vida, como a capacidade de o bebê preferir dirigir sua atenção aos estímulos sociais.

O comportamento de atenção compartilhada – engajamento conjunto, seguir o olhar e apontar, o apontar imperativo e o declarativo – é considerado um marco no desenvolvimento da criança, por ser precursor do desenvolvimento da fala. Este surge em torno dos nove meses, quando mãe-bebê começam a compartilhar o interesse por objetos (interação triádica). Até os seis meses esta interação é diádica mãe-bebê, face a face e estão presentes as protoconversações. São conhecidas estas duas fases como intersubjetividade primária (até os seis meses) e intersubjetividade secundária (a partir dos nove meses) No segundo semestre de vida, mais precisamente ao redor dos nove meses de idade do bebê, surge esta habilidade sociocomunicativa exclusivamente humana, que gera mudanças significativas na maneira como o bebê passa a se relacionar com os outros, com os objetos e consigo mesmo.

No processo de desenvolvimento da criança, as interações deixam de envolver apenas as necessidades fisiológicas do bebê para contemplar o envolvimento social dos parceiros de

interação. Por isso, a conexão afetiva passa a ser expressa de forma mais variada nas trocas sociais, possibilitando, então, o desenvolvimento de novas interações e comportamentos, o que leva a afirmar que após os dois meses de idade, os bebês se tornam extremamente sociais. Neste contexto, a interação familiar é considerada um suporte importante para a promoção de todas as áreas do desenvolvimento infantil, sendo que especificamente no aspecto cognitivo, a família desempenha a função de mediadora no processo de aprendizagem do filho, otimizando também o desenvolvimento cognitivo da criança, por meio da mediação.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), Klinger e Dawson (1992), isso é possível devido ao desenvolvimento de interações sociais que tornam o bebê mais propício ao envolvimento afetivo com seus cuidadores. Brazelton e Cramer (1992) ressaltam o aparecimento das interações contingentes, caracterizadas pelas interações em que o bebê responde contingentemente às ações de seus cuidadores e vice-versa, enquanto Klinger e Dawson (1992) apontam o surgimento das interações de alternância de turno e comportamento antecipatório, definidas pela capacidade de o bebê se antecipar a ação do outro por saber como este irá se comportar. Em ambos os casos, é preciso que o bebê esteja bastante envolvido afetivamente na interação com o adulto para ser capaz de vivenciar um sentido de causalidade em suas interações e antecipar-se ao comportamento das pessoas, o que permitirá desenvolver o início de sua intencionalidade. Para Bates (1979), essa seria a capacidade de a criança utilizar determinado meio para atingir um fim, isto é, a criança começa a perceber que as suas ações geram respostas, efeitos nos comportamentos das outras pessoas.

Então, essas interações sociais levam ao desenvolvimento de dois comportamentos fundamentais: a capacidade de sorriso responsivo do bebê e o início de suas vocalizações. Para Stern (1974), junto ao comportamento de contato ocular, tais comportamentos são imprescindíveis para o desenvolvimento humano porque favorecem o contato afetivo da díade e as trocas afetivas entre os parceiros de interações, além de fazer com que bebê e cuidador regulem os seus próprios comportamentos e expressões afetivas por meio da busca e da recusa de seu parceiro de interação para a troca social.

Há vários estudos que apresentam uma relação entre a atenção compartilhada e o desenvolvimento simbólico (ADAMSON; MCARTHUR, 1995; CARPENTER; NAGEL; TOMASELLO, 1998; TOMASELLO, 2003). Outros apontam os prejuízos da atenção compartilhada nos quadros de Autismo (ADAMSON; MCARTHUR, 1995; CARPENTER; TOMASELLO, 2000) e mostram que os bebês com Autismo olham menos para o interlocutor, apresentam menor alternância do olhar, apontam e seguem o apontar menos

frequentemente do que as crianças que apresentam desenvolvimento típico ou crianças com deficiência intelectual.

A atenção compartilhada ou habilidade de compartilhar as descobertas sobre o mundo, seja por meio do olhar, do comportamento gestual (e.g., apontar, mostrar e dar objetos para os outros) ou das expressões emocionais, é um marco no desenvolvimento sociocomunicativo da criança e sua ausência é um importante elemento diagnóstico do Autismo. Vários estudos demonstram que o comprometimento e o atraso no desenvolvimento da habilidade de atenção compartilhada é um dos aspectos mais precocemente observados em crianças com sinais de risco para Autismo (BOSA, 2009, 2002a; NABER et al., 2008; SHUMWAY; WETHERBY, 2009), sendo capaz de diferenciar de 80 a 90% de crianças com outros transtornos, problemas ou atrasos no desenvolvimento (CHARMAN et al., 1997).

Stern (1977, 1992), Hobson (2002) e Bates (1979), ao estudarem o desenvolvimento típico, a intersubjetividade e a comunicação inicial não verbal, adotam uma metodologia que utiliza a observação dos aspectos qualitativos da passagem de uma habilidade a outra. Eles descrevem, por exemplo, a substituição que a criança faz do gesto pela vocalização. Nesses estudos sobre os aspectos qualitativos são observados precursores das categorias discretas que se encontram nas interações diádicas mãe-bebê, de zero a nove meses de idade, como contingência, reciprocidade, antecipação e alternância de turno. Para desenvolver tais capacidades, a criança precisa conseguir se engajar afetivamente, o que não parece acontecer em bebês de risco de apresentar o transtorno (HOBSON, 2002).

Outro comportamento importante é a alternância de turno, quando o bebê se percebe como um agente social, ou seja, percebe que causa uma ação no outro e vice-versa. Isto pode ser observado quando o bebê age e espera uma resposta / reação do outro. Para Bates (1979), uma evidência de que a comunicação intencional foi alcançada está na alternância do olhar entre o objetivo ou o objeto-alvo e o ouvinte. O bebê passa, então, a utilizar e modificar sinais de acordo com o ambiente e com sua necessidade de chamar a atenção do outro, inclusive para obter o que deseja. Várias pesquisas se utilizam de categorias discretas de atenção compartilhada, como olhar para o pesquisador, alternância do olhar, apontar e seguir o apontar, que envolvem interações triádicas adulto-bebê-objeto e se desenvolvem entre nove e quinze meses de idade. Estas são consideradas precursores da linguagem e, sua falta, sinalizadoras do Autismo.

A maioria das manifestações observadas durante o primeiro semestre de vida do bebê não parece ser específicas do Autismo (falta de sono, problemas de alimentação) e, assim, não

diferencia crianças com atraso no desenvolvimento daquelas que se encontram dentro do espectro (WERNER et al., 2005).

Ozonoff et al. (2010), por meio de um estudo prospectivo e longitudinal que comparou o desenvolvimento de bebês, que posteriormente foram diagnosticados com Autismo com o de bebês com desenvolvimento típico, identificaram que a frequência do olhar para faces, do sorriso social e das vocalizações só começou a diminuir a partir dos seis meses de idade no grupo de crianças com Autismo. Antes disto, os grupos eram altamente comparáveis. Porém, no segundo semestre de vida, surge a habilidade para compartilhar as descobertas sobre o mundo ao redor por meio da atividade gestual, da qualidade do olhar e da expressão emocional (BOSA, 2002).

Segundo Bosa e Zanon (2016), “as dificuldades no comportamento social, em especial na habilidade de atenção compartilhada (AC), são as mais precocemente identificadas, sendo fundamentais para o diagnóstico diferencial do Autismo nos primeiros anos de vida” (CLIFFORD; DISSANA YAKE, 2008; MURRAY et al., 2008). Os episódios de AC se caracterizam por uma sincronia entre os participantes, que têm a compreensão clara de que a outra pessoa está com o foco da atenção no mesmo objeto de interesse. Sendo assim, reafirma-se a importância do comprometimento na habilidade de AC para a identificação precoce do Autismo.

Toth et. al (2006), apontam a aquisição da linguagem falada como um dos preditores mais fortes de resultados positivos, a longo prazo, para crianças com Autismo (BROOKS ; MELTZOFF, 2002 ; BRUNER, 1983). Aos 12 meses de idade, a maioria dos bebês típicos exibe todos os aspectos da atenção ,por exemplo, por meio do olhar, alternado o olhar, seguindo a atenção de outro (por exemplo, olhando para um olho ou um ponto) e direcionando atenção de outro (CARPENTER et al., 1998). Por meio de episódios de atenção conjunta, a criança começa a vincular palavras e orações com objetos e eventos. No contexto desses episódios as crianças também começam a comunicar intenção usando sons e gestos, como solicitar objetos, apontar e vocalizar para direcionar a atenção para objetos. As habilidades de atenção conjunta correlacionam-se não apenas com a aprendizagem precoce das línguas, mas também com a capacidade linguística posterior em crianças com desenvolvimento típico (CARPENTER et al., 1998 ; MELTZOFF ; BROOKS, 2004).

A criança humana nasce equipada para desenvolver a linguagem humana. O cérebro do bebê é um mecanismo preciso para descobrir e apreender a estrutura de línguas faladas. A escuta de uma língua, a qual já experienciou nos últimos meses de vida pré-natal, desencadeia outras potencialidades que trazem em um período de tempo extraordinariamente curto a

possibilidade de tornar-se locutor dessa língua. Essa rápida aquisição abre ao ser humano os mais vastos horizontes, pois, como diz Edelman, “no momento em que a evolução deu lugar para a linguagem, o mundo imaginável tornou-se infinito” (BOYSSON-BARDIES, 2009). Esse mundo imaginável infinito é, sem dúvida, esse de sua escuta, daí a importância de “falarmos” com o bebê.

As crianças com Autismo, no entanto, apresentam deficiências nas habilidades de atenção conjunta em comparação com crianças com desenvolvimento tardio e típico. Os distúrbios nos comportamentos de atenção protodeclarativos - compartilhando atenção para fins puramente sociais - parecem ser mais severos do que os impedimentos nos comportamentos protoimperativos (por exemplo, solicitando algum objeto) em crianças com Autismo (MUNDY et al., 1987; MUNDY, SIGMAN e KASARI, 1990). Além disso, em crianças em idade pré-escolar com Autismo, a atenção conjunta é preditiva tanto da habilidade linguística atual quanto de ganhos futuros em habilidades expressivas de linguagem (CHARMAN et al., 2003 ; DAWSON et al., 2004).

Em um estudo longitudinal da competência social e das habilidades linguísticas em crianças com Autismo e outras com Síndrome de Down, Sigman e Ruskin (1999) descobriram que as habilidades de atenção protodeclarativa estavam associadas à habilidade linguística precoce para ambos os grupos e prediziam tanto a curto prazo (ou seja, um ano mais tarde) e a longo prazo (ou seja, 8-9 anos depois) ganho de habilidade linguística expressiva para crianças com Autismo. O início da atenção protodeclarativa na primeira infância (3-6 anos de idade) também foi correlacionada com as interações entre pares (10- 12 anos de idade). Além disso, as habilidades protoimperativas correlacionaram-se com a capacidade inicial de linguagem expressiva para crianças com Autismo e ganhos a curto prazo. A capacidade de atenção conjunta é fundamental não apenas para o desenvolvimento da linguagem, mas também para outras habilidades complexas como o faz-de-conta e a teoria da mente, como argumentam os teóricos do desenvolvimento.

1.2.2 Imitação e jogo simbólico

A capacidade de imitação motora também tem sido associada ao desenvolvimento da linguagem e das habilidades de comunicação social. Em crianças tipicamente em desenvolvimento, a capacidade de imitar está presente no nascimento. Os recém-nascidos são capazes de imitar movimentos faciais simples, como protrusão da língua e abertura da

boca. Aos 9 meses de idade, os bebês podem imitar ações em objetos, tanto em contextos imediatos quanto diferidos.

A imitação infantil parece atender a várias funções gerais, proporcionando à criança experiências sociais compartilhadas, um senso de conexão mútua e um meio de comunicação entre os parceiros sociais. Por meio da imitação, os bebês também aprendem sobre as ações e intenções dos outros. A imitação diferida permite à criança produzir ações com base em representações mentais armazenadas de eventos sociais e sequências de ação. Tem sido teorizado que uma incapacidade de se envolver em jogos imitativos sociais iniciais pode interferir no desenvolvimento de atenção conjunta e reciprocidade social (DAWSON, 1991). A imitação não só desempenha um papel importante no desenvolvimento social inicial, mas também prevê a habilidade linguística em crianças tipicamente em desenvolvimento.

As crianças com desenvolvimento típico demonstram a capacidade de imitar outras pessoas desde o nascimento; as crianças com Autismo demonstram deficiências significativas na imitação de objetos, imitação de movimentos faciais e corporais e imitação diferida de ações em objetos.

O jogo - funcional e simbólico - é uma habilidade que tem também sido associada à linguagem e capacidade de comunicação social. O jogo proporciona à criança oportunidades de interação e comunicação social, bem como um contexto para a construção de representações de estados intencionais e de conhecimentos (BLOOM, 1993). No desenvolvimento típico, o jogo funcional, ou pré-simbólico, surge durante o primeiro ano, enquanto o jogo simbólico começa a surgir em torno de doze meses de idade e torna-se cada vez mais complexo durante o segundo ano de vida. As habilidades de jogo funcional e simbólico estão relacionadas à habilidade linguística em crianças típicas. O jogo simbólico está associado com a capacidade de linguagem receptiva e expressiva enquanto o jogo funcional correlaciona-se com o nível expressivo de linguagem em crianças em idade pré-escolar (LEWIS et al., 2000).

As associações entre jogo e linguagem também foram demonstradas em crianças pequenas com Autismo. Mundy et al. (1987) descobriram que, aos 3-6 anos de idade, a habilidade de linguagem receptiva está associada ao jogo funcional envolvendo uma boneca, por exemplo. A linguagem expressiva e receptiva correlaciona-se com o jogo simbólico. Nas crianças com Autismo de 3-6 anos, o jogo funcional e simbólico, na primeira infância, estava associado com a habilidade linguística precoce. Foi no final da década de 1970 e durante a década de 1980, que alguns pesquisadores, a partir de pesquisas anteriores sobre a imitação precoce, relacionaram o distúrbio autístico com uma dificuldade em realizar imitações

motoras (Rogers e Williams, 2006). Esse *déficit* passou a ocupar cada vez mais espaço nas pesquisas sobre Autismo, transformando a ausência de imitação numa característica comum aos portadores do transtorno. Foi fomentado por estudos que sugeriam que a imitação por parte das mães era fundamental para que as primeiras relações interpessoais com os bebês pudessem ocorrer. Esses resultados indicavam que *déficits* na capacidade de imitação precoce poderiam implicar problemas no desenvolvimento das relações interpessoais do sujeito, como aqueles observados no Autismo. Desta forma, o *déficit* na imitação continuou sendo o núcleo da síndrome autista, no modelo de Rogers e Pennington (1991), revisado por Rogers e Benetto (2000). O aperfeiçoamento da capacidade imitativa seria o responsável, segundo o modelo revisado, por uma variação na capacidade do autista de realizar conexões intersubjetivas com o outro, ou seja, de se relacionar com seu entorno social. Essa hipótese da variação da capacidade imitativa que ocorre entre crianças com Autismo, diferentes ou que ocorre ao longo da vida de um mesmo autista, oferece importantes desdobramentos. A partir disso, é pertinente pensar que intervenções terapêuticas com o autista poderiam se utilizar da imitação como uma ferramenta para estabelecer com ele canais de comunicação e, conseqüentemente, ajudá-lo a desenvolver suas relações interpessoais.

Em 2003, Rogers, Hepburn, Stackhouse e Wehner enunciando que o *déficit* na imitação pode ser o fundamento para os *déficits* sociais presentes no Autismo, realizaram um estudo comparativo entre crianças com Autismo, crianças de mesma idade com outros problemas de desenvolvimento e crianças de desenvolvimento típico. O objetivo foi avaliar o comportamento imitativo dos grupos e verificar se o *déficit* na imitação era realmente uma característica própria do Autismo ou se também se verificaria em outros transtornos do desenvolvimento. Quando as crianças com Autismo foram comparadas com crianças com outros tipos de atraso no desenvolvimento, bem como com crianças “normais”, mediante uma bateria de testes que media a capacidade de imitar, as crianças com Autismo tiveram *performance* significativamente mais pobre que as dos outros grupos em todas as escalas que mediam o comportamento imitativo (TIMO et al., 2011).

Um *déficit* prático e imitativo severo no bebê pode dificultar as coordenações físicas envolvidas nos intercâmbios sociais e interferir no estabelecimento e na manutenção da conectividade emocional. Conseqüentemente, a passagem da intersubjetividade primária para a secundária pode ser prejudicada (ROGERS; BENNETTO, 2000).

De acordo com Klinger e Dawson (1992), nos primeiros seis meses, a mãe se comunica com o bebê imitando seus movimentos corporais, expressões faciais e vocalizações e o bebê responde com interesse visual, sorrisos e também imitando. Como ato comunicativo,

a imitação serve para facilitar a interação social. Diversos estudos têm mostrado que melhoras na imitação aumentam o uso do olhar e a responsividade da criança com Autismo (KLINGER; DAWSON, 1992) e também levam a experiências de contágio emocional e coordenação afetiva, permitindo o desenvolvimento de alguns aspectos da atenção compartilhada, comunicação intencional, empatia e jogo simbólico (ROGERS; BENNETTO, 2000).

Segundo Lampréia (2008), por essa razão, e porque há uma relação entre imitação e desenvolvimento da linguagem, muitos enfatizam a imitação como uma parte central do tratamento no Autismo. Tanto Rogers e Bennetto (2000) como Klinger e Dawson (1992) usam a instrução direta da imitação de movimentos motores. E Klinger e Dawson (1992) lançam mão da imitação exagerada e simplificada das ações da criança de maneira que os aspectos relevantes da interação social se tornem salientes e mais facilmente assimiláveis.

1.3 Sinais precoces de risco

Para Maestro et al. (2001) o que diferencia a criança de desenvolvimento típico da criança com Autismo pode ser notado em três áreas: comportamentos sociais, intersubjetividade e atividade simbólica. As categorias da área de intersubjetividade, que incluiu compartilhamento da atenção e antecipação do objetivo do outro, diferenciaram melhor os grupos no período de 0-6 meses, enquanto a atividade simbólica diferenciou nos períodos entre 6-12 e 18-24 meses. Uma vez que não é esperado que a atividade simbólica esteja estabelecida em período tão precoce, é importante ressaltar neste ponto que as categorias comportamentais incluídas nesta área deste estudo foram: (a) faz-de-conta que um objeto é outro, (b) gestos comunicativos e imitações (dar *tchau* e bater palmas), (c) respeito à alternância de turno.

Há consenso na literatura de que, no Autismo, o processamento social (de faces, emoções, habilidades de simbolização) esteja prejudicado e há evidências de que os sistemas cerebrais que atendem a essas funções cognitivas estejam estrutural e funcionalmente alterados. No entanto, a causa dessas deficiências no processo de desenvolvimento pode estar em problemas prévios no desenvolvimento de circuitos cerebrais subjacentes aos sistemas de orientação e de gratificação social. Sendo assim, a facilitação da reorganização cerebral e integração sensorial, por meio de jogos/brincadeiras e tecnologias apropriadas, beneficiando-se dos avanços da moderna neurociência, pode auxiliar na superação de desafios

sensorio-perceptuais vivenciados por muitas crianças e adultos com Autismo (CAMARGOS JR et al., 2017; CANCINO, 2013).

Klinger e Dawson (1992) afirmam que a maior dificuldade da criança com Autismo está em vivenciar a reciprocidade contida nas interações, quando não consegue agir e aguardar a reação de seu interlocutor. Para as autoras, tal dificuldade compromete, de forma severa, o estabelecimento das interações sociais e gera também o prejuízo no aparecimento de muitos comportamentos, como o contato ocular, o sorriso responsivo e as vocalizações utilizadas para a comunicação, prejuízos identificados também pelas pesquisas que utilizam os vídeos caseiros (ADRIEN et al., 1991; OSTERLING; DAWSON, 1994; MAESTRO et al., 2001). Tudo isso indica que os prejuízos das crianças autistas já aparecem nas primeiras interações diádicas. Tal deficiência acarreta prejuízos significativos em vivenciar experiências integradoras de seu corpo físico.

Os sinais de alerta para o Autismo, na primeira infância, são sutis, podendo apresentar, até mesmo, características opostas, como “bebês-modelo” que nunca choram ou “não incomodam”, ou aqueles que demonstram não gostar de companhia, apresentam flacidez, rigidez ou irritação, reagindo a pequenos estímulos. Segundo Foster (1999) existem desconexões presentes desde oito ou nove meses de idade, quando o bebê apresenta pouco ou nenhum reflexo de antecipação e aproximação oral ao peito materno, rechaço ao contato com o peito, pobreza ou ausência do reflexo de sucção, de fixação, de seguimento ocular e, posteriormente, do sorriso social.

Bandim (2004) também afirma que alguns dos marcos de desenvolvimento, atrasados ou ausentes, na criança com risco de Autismo, são: bebê que não se aninha no colo nos primeiros meses de vida; que não faz movimento de estender os braços para ser carregado por volta do quarto mês; que evita o contato visual e corporal; que não reage quando levado frente ao espelho no oitavo mês; que tapa os ouvidos para alguns sons como a voz humana e não reage a outros sons de intensidade maior por volta do décimo-oitavo mês; entre outros.

Lampréia (2009) considera fundamental observar interações de bebês de alto-risco com o seu cuidador, isto é, aqueles que têm um irmão com diagnóstico de Autismo ou que nasceram pré-termo. Essa observação deveria se iniciar, segundo a pesquisadora, se não antes, pelo menos entre três e seis meses de idade, porque essa fase, até por volta dos nove meses de idade, é caracterizada pela comunicação afetiva face a face. Seria importante observar tanto categorias discretas de interação, como contato ocular, sorriso e vocalização, assim como categorias mais qualitativas de engajamento afetivo e fluxo da interação. Essas duas últimas podem ser extremamente relevantes, na medida em que bebês com Autismo, dependendo do

grau de severidade do transtorno, podem apresentar contato ocular ou sorrir, mas fazê-lo sem engajamento afetivo.

Nogueira, Seabra e Seidl de Moura (2000) compararam as interações de um bebê de um mês de idade, cujo desenvolvimento, mais tarde, levou à suspeita de Autismo, com a de um bebê com desenvolvimento típico. Os achados foram de que o bebê, com suspeita de Autismo, apresentou menor frequência de contato visual, comparado ao outro bebê, e nenhum episódio de interação com sua mãe, ao contrário da outra díade.

Estudos de relatos retrospectivos dos pais sugerem que os sintomas precoces devem ser encontrados em *déficits* de habilidades sociais emergentes, tais como antecipação ao ser pego, demonstração de afeto para pessoa familiar, interesse em crianças, tentativa de alcançar pessoa familiar e jogos simples de interação com outros. Nos primeiros seis a oito meses, por exemplo, os bebês afetados apresentaram atenção visual diminuída a pessoas procuraram menos as pessoas e se engajaram menos em intercâmbios sociocomunicativo por meio do sorriso e da vocalização.

Um estudo de Chawarska e Volkmar (2005), que caminhou na mesma direção, abordou os sintomas precoces do Autismo: afirmou que 30 a 54% dos pais de crianças diagnosticadas com Autismo tiveram as primeiras preocupações antes dos 12 meses, e 80 a 90% reconheceram as anormalidades aos 24 meses. Há vários estudos usando vídeos do primeiro ano de vida da criança, mostrando que os comportamentos já existiam, na maioria dos casos. Corroborando estes estudos, Walter e Nunes (2008), afirmam que as expressões emocionais destas crianças são mais “estáticas” ou mecânicas”, têm preferência por sons não verbais, podendo se agitar com o barulho de um ventilador, mas não respondendo à voz da mãe.

Então, numa visão desenvolvimentista, o distúrbio no desenvolvimento típico ocorre devido a problemas biológicos, mas não podem ser explicados exclusivamente pelos *déficits* biológicos. Segundo Lampréia (2007), o desenvolvimento típico deve ser compreendido a partir de uma articulação entre as capacidades biológicas iniciais para o engajamento social, inerentes ao ser humano, e as interações sociais posteriores. Como o bebê diagnosticado com Autismo apresenta prejuízos biológicos inatos, suas interações sociais serão prejudicadas (TREVARTHEN; AITKEN; PAPOUDI; ROBERTS, 1998).

Esta perspectiva enfatiza a plasticidade cerebral e a importância da intervenção precoce, enfocando as diferentes áreas consideradas fundamentais ao desenvolvimento humano. Até a década de 70, a plasticidade cerebral não era reconhecida pela maioria dos médicos e neurocientistas. A crença generalizada daquele período era a de que o cérebro de

uma criança tinha plasticidade apenas nos primeiros anos de vida, e que após 3 ou 4 anos de idade o crescimento neurológico era interrompido e o cérebro tornava-se uma estrutura rígida. Durante os últimos 15 anos, uma grande quantidade de pesquisas tem descartado a ideia da rigidez cerebral e apontado para a presença da plasticidade cerebral durante toda a vida do indivíduo.

Relvas (2009) definiu a neuroplasticidade como a denominação das capacidades adaptativas do Sistema Nervoso Central (SNC) - sua habilidade para modificar sua organização estrutural própria e funcionamento. A neuroplasticidade é a propriedade do sistema nervoso que permite o desenvolvimento de alterações estruturais em resposta à experiência e como adaptação a condições mutantes e a estímulos repetidos (RELVAS, 2010). Redes de neurônios são rearranjadas e outras tantas sinapses são reforçadas a cada experiência do indivíduo, tornando possíveis múltiplas e variadas respostas ao ambiente. A cada experiência nova, em cada contato dispensado no momento adequado, criam-se condições favoráveis para o surgimento de determinadas competências e habilidades.

A plasticidade neural é maior durante a infância, e declina gradativamente, sem se extinguir na vida adulta, e ocorre tanto no hemisfério intacto como no lesionado, quando é o caso. Logo, os primeiros anos de vida da criança são fundamentais para o desenvolvimento da plasticidade cerebral. Esta explica o fato de certas regiões do cérebro poderem substituir as funções afetadas por lesões cerebrais. Como tal, uma função perdida devido a uma lesão cerebral pode ser recuperada por uma área vizinha da zona lesionada. Contudo, a recuperação de certas funções depende de alguns fatores, como a idade do indivíduo, a área da lesão, o tempo de exposição aos danos, a natureza da lesão, a quantidade de tecidos afetados, os mecanismos de reorganização cerebral envolvidos, assim como outros fatores psicossociais e ou ambientais. (KANDEL et al., 2002)

Porém, a plasticidade cerebral não é apenas relevante em caso de lesões cerebrais, uma vez que ela está continuamente ativa, modificando o cérebro a cada momento. Os mecanismos por meio dos quais ocorrem os fenômenos de plasticidade cerebral podem incluir modificações neuroquímicas, sinápticas, do receptor neuronal, da membrana e ainda modificações de outras estruturas neuronais.

Nos primeiros anos de vida, há períodos em que o amadurecimento de determinados circuitos cerebrais atinge o máximo de plasticidade. Para Mercadante e Zilbovicius (2009), o período que compreende este processo pode variar de função para função, de indivíduo para indivíduo, e dentre as áreas emergenciais estão a comunicação e a linguagem. Depois dos cinco anos, os efeitos da intervenção tendem a ser menos eficazes. Assim, estes autores

ênfatizam não necessariamente a importância do diagnóstico, mas de atenção à vulnerabilidade para o desenvolvimento de circuitos neurais, que são fundamentais ao desenvolvimento pleno do cérebro social (KLIM, 2006; MERCANDANTE; ZILBOVICIUS, 2009).

Desta forma, os programas de intervenção precoces, como veremos a seguir, se tornam indispensáveis, de forma que as crianças com Autismo possam ter amenizados seus prejuízos, possam ter novas oportunidades, melhorem sua qualidade de vida e tenham mais adequada inserção social.

2 PELOS CAMINHOS DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Iniciaremos distinguindo estimulação de intervenção precoce. O termo “estimulação precoce” surgiu da expressão inglesa *early intervention* e da expressão espanhola *intervención temprana* (BARBOSA, 1993). Este termo tem sido utilizado por diversos profissionais da área da saúde e da educação que trabalham com bebês durante os primeiros anos de vida. Há a estimulação espontânea, oferecida pela família e ambiente, e o tratamento por estimulação precoce, desenvolvido por uma equipe especializada com a cooperação dos pais. Assim, o termo ‘estimulação’ está mais relacionado à promoção do desenvolvimento da criança, que pode ser realizado pela mãe, cuidador ou na escola; enquanto que o termo ‘intervenção’ traz à tona a questão da prevenção de problemas, em que os fatores de risco são variáveis estabelecidas (FORMIGA; PEDRAZZINI, 2004).

Segundo Brandão (1992), o objetivo da estimulação precoce é facilitar o desenvolvimento harmonioso de todas as funções do sistema nervoso nas crianças normais. Em contrapartida, o objetivo do tratamento por estimulação precoce é facilitar e corrigir o desenvolvimento anormal das funções do sistema nervoso na criança deficiente, com lesão no sistema nervoso ou dos seus órgãos sensoriais receptores.

Nunes e Araújo (2014) fizeram um histórico dos Programas de Intervenção Precoce na Infância (IPI). Inicialmente eles foram chamados de estimulação precoce e surgiram na década de 1960, a partir de uma evolução natural dos programas de educação especial. Em 1965, o governo americano iniciou o movimento de estimulação precoce com o programa *Head Start* com a finalidade de “potencializar as competências cognitivas, intelectuais e sociais, bem como a saúde física e mental de crianças oriundas de famílias com fatores de risco econômico, social, de saúde e/ou de saúde mental”. No Brasil, os programas de IPI alcançaram maior popularidade nas décadas de 1970 e 1980. Dentro da abordagem médica, esses programas se vinculavam a hospitais, serviços de saúde e instituições especializadas.

A intervenção se refere a várias atividades que têm como objetivo estimular as capacidades das crianças o mais cedo possível, apoiar as famílias e fornecer um monitoramento ativo destas aquisições. É considerada essencial para prevenir danos ou agravos ao desenvolvimento de crianças cujas famílias não podem garantir, por si só, estimulação adequada durante a primeira infância (RAMEY; RAMEY, 1998).

Na década de 1990, o foco dos programas de intervenção precoce passou a ser a família. Assim como nos Estados Unidos, o mesmo foi observado em diversos países da Europa. Para Nunes e Araújo (2014, p. 5)

...essa mudança corresponde a uma evolução das ideias de IPI no campo da deficiência (incapacidade), especialmente quanto ao paradigma do modelo “médico” para um modelo “social”. Este novo modelo “confere à família um ‘empoderamento’, fortalecendo-a como parte integrante dos processos de intervenção.

Apesar de as pesquisas internacionais sinalizarem a importância das práticas interventivas precoces centradas na família, no desenvolvimento das potencialidades da criança e no contexto, são poucos os estudos brasileiros que seguem essas diretrizes (BOLSANELLO, 2003).

Como poderão estas práticas ser eficazmente implementadas? O modelo dos ciclos de avaliação/intervenção, proposto por Simeonsson et al. (1996), é, talvez, o primeiro que caracteriza as várias etapas de um processo contínuo de colaboração família/profissionais, desde a “entrada” no programa de intervenção precoce até ao final da intervenção. O plano de intervenção deve conter objetivos funcionais e estratégias que possam ser aplicadas na rotina de uma família, precisa ser elaborado verdadeiramente “para e com” as famílias, refletindo coesão e aplicabilidade, conforme descrito a seguir:

- 1 - O primeiro momento, imediatamente após a identificação e com a participação da família, em conjunto com o profissional, deverá sondar as expectativas relativas à intervenção. Identificar, com clareza, as expectativas dos pais (relativas à criança, a si próprios e aos serviços, ao papel que pretendem assumir na avaliação/intervenção, o local onde esta deverá ocorrer e aos profissionais que serão envolvidos) é fundamental, não só pela informação que proporciona, mas para conhecimento das características particulares da família;
- 2 - O segundo momento, deve ser o de avaliação. Nesse, são implementados os procedimentos necessários para a identificação e avaliação das competências funcionais da criança, os contextos diários da família, as rotinas diárias e os desafios à plena participação da criança. Deverão também ser avaliadas as necessidades e prioridades da família, bem como os recursos que poderão ser mobilizados para lhes responder. Nesta fase do processo em que a família exprime as suas preocupações. Assim, é essencial que a equipe as leve em consideração para elaboração de formas de orientação à família;
- 3 - O terceiro momento do ciclo corresponde à elaboração. Aqui são definidos os objetivos para a criança e para a família, identificadas as formas preferenciais de apoio e perspectiva dos resultados esperados. Equacionadas as expectativas que a família tinha no início do processo, dá-se início à intervenção;

Na mesma linha de pensamento, McWilliam (1998) afirma que um programa de intervenção precoce deve apresentar informações objetivas sobre:

- O nível de desenvolvimento da criança nos aspectos físico, cognitivo, de linguagem, psicossocial e de autonomia;
- Os recursos, prioridades e necessidades da família, nomeadamente nos aspectos mais relacionados com desenvolvimento e aprendizagem da criança;
- As metas/objetivos ou resultados, para a criança e família, que se espera alcançar, assim como critérios objetivos e prazos para a sua avaliação e eventual reformulação;
- A definição dos serviços, referindo as datas previstas para o início, a sua frequência/intensidade, o contexto de prestação e a previsão da sua duração;
- A identificação do coordenador de serviços ou técnico responsável, que terá a responsabilidade de implementar o plano e coordenar com outros serviços e recursos;
- Os procedimentos que assegurem o sucesso de uma futura transição da criança para outros programas.

4 - A implementação dos serviços implica um trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar, em que a família está incluída. A partir da análise das rotinas e contextos de vida devem ser identificadas as oportunidades de aprendizagem para a criança e a seleção das estratégias consideradas mais eficazes para atingir os objetivos. Embora frequentemente não seja efetivada, a monitorização regular dos serviços sendo prestados é essencial.

A inexistência de elementos de avaliação, nesta fase, limita a compreensão dos profissionais em relação aos fatores que fazem com que as intervenções tenham ou não sucesso e que os resultados esperados sejam ou não atingidos;

5 - Por fim, o último momento do ciclo de intervenção é quando se considera que a família e a criança alcançaram os objetivos inicialmente previstos. Os objetivos deverão ser avaliados quanto aos resultados da intervenção e a satisfação da família. Mais uma vez são revistas as expectativas iniciais da família, desta vez face aos resultados da intervenção, sendo a partir desse momento que se redefinem objetivos, se modificam formas de condução dos serviços e se planejam novas intervenções.

Guralnick e Colon (2007) enunciam nove princípios que devem estar presentes nos programas de qualidade: (1) abordagem desenvolvimental e centrada nas famílias; (2) integração e coordenação em todos os níveis do sistema; (3) inclusão e participação das crianças e famílias; (4) identificação e sinalização precoces; (5) individualização em todas as etapas; (6) avaliação sistemática; (7) parceria famílias/profissionais; (8) recomendações e práticas baseadas na evidência e (9) manutenção de uma perspectiva sistêmica.

Também, há os programas de intervenção precoce na infância, de base naturalística (NUNES, 2003), que apresentam resultados bastante positivos, e têm o objetivo de minimizar os efeitos dos fatores de risco da deficiência do desenvolvimento da criança. Os primeiros seguiram numa perspectiva de natureza secundária, com estruturas bem definidas e condução, prevalentemente, em ambientes clínicos e com equipes multiprofissionais intervindo nas áreas da saúde e da educação. Esses programas foram bem-sucedidos, especificamente, nos aspectos comportamentais, porém ainda desconsideravam o ambiente no qual a criança estava inserida. Transcendendo essa perspectiva, a abordagem naturalística é um modelo de intervenção precoce em linguagem que busca por práticas adequadas ao nível de desenvolvimento da criança e em oportunidades naturais de aprendizagem. A prestação de serviços em contextos naturais e integrados nas rotinas da vida diária da criança e da família é considerada a prática que melhor assegura que as crianças tenham a máxima intervenção, já que esta ocorrerá ao longo de todo o dia em todos os contextos e atividades da criança e da família. Qualquer que seja o contexto da intervenção, considera-se uma evidência que as crianças aprendam ao longo do(s) dia(s), por meio de interações repetidas e das oportunidades de aprendizagem que partilham com a sua família ou prestadores diários de cuidados (entre as intervenções) e não somente em momentos/apoios concentrados (durante as intervenções pontuais do técnico especializado) (MCWILLIAM, 2010).

Ao estudar o desenvolvimento infantil dentro de uma perspectiva naturalística, é de grande valia atentar para a forma como é cumprida a tríade pai-mãe-filho. A coparentalidade refere-se à forma como as pessoas parentais, ou seja, pai e mãe, exercem conjuntamente, seja por comum acordo ou por normas socialmente instituídas, suas funções de liderança dentro da família. Os estudos acerca de relações coparentais contribuem de forma significativa ao constatar-se que, devido à sua especificidade de domínio nos efeitos relacionais na parentalidade e no comportamento infantil, oferece maior potencial modificador se comparado à relação de um casal não coparental. (FEINBERG 2002, apud SIFUENTES e BOSA, 2010). As dimensões que implicam a coparentalidade são: a) divisão de trabalho relativa aos cuidados infantis; b) extensão de solidariedade e apoio à dupla coparental; c) o grau de antagonismo e dissonância que possui o casal; d) a extensão em que pai e mãe atuam diretamente com o filho. (McHALE et al. 2004, apud SIFUENTES; BOSA, 2010).

Assim, as intervenções mais eficazes serão, em contexto domiciliar, as que promovem a competência, autoconfiança e autonomia da família e ajudam a proporcionar melhores oportunidades de aprendizagem nas rotinas familiares e no contexto educativo, por meio de estratégias de consultoria ao educador da sala (apoio indireto à criança) com a promoção de

intervenção específica e especializada, sempre integrada nas rotinas da sala (MCWILLIAM, 1998; 2010).

De acordo com Ramey e Ramey (1998), o critério para o sucesso de um programa de intervenção precoce estaria intimamente relacionado ao contexto de quem participa e das metas estabelecidas. O grande mérito da intervenção está na possibilidade de colocar a criança numa trajetória de desenvolvimento considerado adequado e permitir o alcance dos requisitos básicos para continuar o seu ciclo evolutivo após o término do programa.

A literatura sugere que as práticas interventivas para populações com Autismo são mais eficazes se forem de caráter intensivo (entre 25-40 horas semanais) e implementadas em situações naturais durante o período da primeira infância. Nunes e Araújo (2014) apontam a creche como um local adequado para o desenvolvimento de programas de intervenção precoce, pois, além de acomodar crianças na mais tenra idade, oferecem atendimento intensivo com período de duração de 4 - 7 horas diárias. No Brasil, existe a demanda para criação de políticas públicas nesse sentido.

Formiga, Pedrazzani e Tudela (2010) citam as principais metas de um programa de intervenção precoce:

- Maximizar o potencial de cada criança inserida no programa por meio da estimulação em nível ambulatorial e também em seu ambiente natural, estabelecendo o tipo, o ritmo e a velocidade dos estímulos e, designando, na medida do possível, um perfil de reação;
- Potencializar a contribuição dos pais ou responsáveis, de modo que eles interajam com a criança de forma a estabelecer mutualidade precoce na comunicação e afeto, prevenindo o advento de patologias emocionais e cinestésicas;
- Promover um ambiente favorável para o desempenho de atividades que são necessárias para o desenvolvimento da criança;
- Oferecer orientações aos pais e à comunidade quanto às possibilidades de acompanhamento desde o período neonatal até a fase escolar;
- Promover um modelo de atuação multiprofissional e interdisciplinar;
- Disseminar informações incentivando e auxiliando na criação de novos programas de estimulação precoce.

Uma revisão com 32 estudos experimentais controlados (WALLACE; ROGERS, 2010) revelou que as intervenções mais eficazes usam, rotineiramente, uma combinação de quatro procedimentos de intervenção, específicos, incluindo:

- a) envolvimento dos pais na intervenção, incluindo o treinamento dos pais em um curso que se concentre na responsividade e sensibilidade destes para com a criança e nas pistas para ensinar as famílias a proporcionarem intervenções infantis;
- b) individualização para o perfil de cada criança de acordo com o desenvolvimento;
- c) concentração em uma gama ampla de metas de aprendizagem;
- d) características temporais, iniciando logo que o risco seja detectado, proporcionando uma maior intensidade e duração da intervenção.

As quatro características de intervenções citadas anteriormente são eficazes para bebês e crianças com outras dificuldades de desenvolvimento e, provavelmente, representam uma base sólida a partir da qual os pesquisadores e clínicos podem construir intervenções eficazes para bebês e crianças em risco ou afetadas por transtorno do espectro do Autismo.

A avaliação de programas na área social mostra que os mais bem-sucedidos são aqueles que utilizam pares como parceiros de jogos (BOSA, 2008). Observa-se também que interações sociais podem ser ensinadas e aprendidas em ambientes naturais e que a promoção dessas interações deve ser um componente rotineiro de qualquer programa. As estratégias clínicas devem ocorrer em rotinas naturais, em casa e na escola, assim como em ambientes comunitários. Para a autora, familiares e pares devem ser apoiados e treinados e o recurso do jogo pode ser uma excelente estratégia para a facilitação de habilidades.

Segundo Bosa (2001), embora a proposta de integração de modelos afetivos e cognitivos possa parecer um tanto híbrida ou excessivamente eclética para os que defendem a adoção de um modelo puro de desenvolvimento, desafia-se a noção de que a compreensão de determinadas patologias, como o Autismo, possa ser compreendida de uma forma singular, baseada em um único modelo explicativo.

2.1 O pediatra frente ao risco para Autismo

Dentre as dificuldades para a inserção de crianças nos programas de intervenção precoce, está o encaminhamento do pediatra em tempo hábil. Um dos atuais objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se à promoção da saúde, que visa à melhoria da qualidade de vida e prioriza a saúde e não a doença. Esta concepção vem ao encontro da ideia de que a prevenção de problemas durante a infância exerce efeitos positivos por toda a vida do

ser humano, pois, dependendo da idade em que é realizado o diagnóstico de determinadas psicopatologias, há maiores dificuldades no que se refere à intervenção bem-sucedida. E o Autismo se inclui hoje entre as políticas de cuidados à infância e à saúde mental.

Como fator que dificulta a identificação precoce de sinais de Autismo, a pesquisa de Flores e Smeha (2013) indica que, normalmente, os sinais de risco para TEA não são percebidos pelos pediatras, o que leva a atrasos nos diagnósticos e, por consequência, a intervenções tardias; mas já haveria uma complexidade de sintomas que não apontam para um prognóstico favorável ao pleno desenvolvimento infantil. Em especial, destaca-se a não preocupação com o desenvolvimento da comunicação humana, bem como a desatenção desses profissionais em relação aos sinais precoces de Autismo.

Estudos realizados por Della Barba (2002) indicaram que os pediatras utilizavam basicamente o exame clínico em sua rotina de atendimento, e enfocavam aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor. Também, quando a mãe apresentava queixas em relação ao atraso de desenvolvimento da criança, os pediatras realizavam anamnese e observação clínica mais detalhadas e, na maioria das vezes, encaminhavam ao neuropediatra. Faz-se necessário olhar para a constituição do bebê, dedicando um pouco mais de seu tempo para tal, com um olhar mais atento aos processos psíquicos, uma vez que são eles que permitem diferenciar o elemento realmente humano de uma aparelhagem biológica, entendendo que o pediatra precisa assumir que cada consulta é uma ocasião para identificar, tratar e orientar os pais em sua integralidade, atuando nesse momento também um educador em saúde pública (DELLA BARBA, 2002).

A Academia Americana de Pediatria (2014) recomenda que “toda criança seja submetida à triagem para Autismo entre 18 e 24 meses de idade, que pode ser feito pela aplicação do M CHAT “(Anexo A). Após os 18 meses, os traços de Autismo tornam-se mais evidentes. O pediatra deve investigar qualquer atraso de linguagem verbal ou não-verbal, contato social e interesse no outro deficitários, interesses repetitivos proeminentes e estereotípias.

Conclui-se que os pediatras deveriam ter acesso a informações por meio de uma capacitação que lhes fornecesse embasamento para o reconhecimento precoce e a triagem de casos de Autismo, com o objetivo de levar ao diagnóstico. Deste, depreende-se a importância de um trabalho que envolva diretamente os pediatras. É consenso na literatura a importância da identificação e intervenção precoce do Autismo e seu relacionamento com o desenvolvimento subsequente. Para isso, é necessário que os sinais de risco sejam

identificados em seus primeiros meses ou anos de vida, e que profissionais sejam formados para tal.

Segundo Lampreia (2009), estudos longitudinais prospectivos que abranjam a observação das interações diádicas do bebê de alto risco de Autismo, a partir dos primeiros seis meses de vida, poderão iluminar algumas questões ainda sem respostas. A referida pesquisadora sugere que essas observações sejam regulares e próximas, isto é, de preferência semanais ou quinzenais, de maneira a acompanhar as mudanças de interação que ocorrem nesse período, ou a ausência delas. Deste modo, é preciso que o profissional (pediatra) se dedique a esse processo, instrumentalize-se teoricamente, discuta com psicólogos, psicanalistas, fonoaudiólogos, além de buscar a articulação com os demais profissionais dedicados à infância, em particular os pediatras, pois é por seus consultórios que os bebês passam. A intervenção precoce no quadro de Autismo não só aumenta as possibilidades de tratamento, como ainda minimiza alguns sintomas experimentados pelos pais, agravados com o passar do tempo (LAZNIK, 1997).

2.2 Modelos de intervenção

Neste subcapítulo abordarei as práticas que visam melhorar a linguagem espontânea e habilidades sociais e comunicativas de crianças pequenas com Autismo / Transtorno do Espectro do Autismo. Em primeiro lugar, apresento uma perspectiva histórica da evolução de diferentes abordagens para melhorar a comunicação e as habilidades relacionadas, seguindo-se uma descrição de suas características.

2.2.1 Abordagem comportamental

Por muitos anos, abordagens para melhorar habilidades de linguagem e comunicação de crianças pequenas com Autismo variaram bastante em conteúdo e em estratégias de ensino. Nas décadas de 1960 e 1970, estas eram baseadas em um formato de ensino por “ensaio discreto” (LOVAAS, 1977) receberam muita atenção, principalmente porque essas foram as primeiras a demonstrar objetivamente que crianças com Autismo eram capazes de adquirir uma variedade de habilidades por meio de esforços de ensino, sistemáticos.

As abordagens comportamentais que utilizam “treinamento discreto” foram definidas como estratégia para ensinar novas habilidades a crianças. Esse é considerado um dos “vários

métodos que aumentam a probabilidade de uma criança dar uma resposta desejada, para que possa ser reforçada.”

De acordo com Lovaas (2002), parte do sucesso da Terapia ABA (Análise do Comportamento Aplicada) está ligada à sua compreensão do Autismo, não como uma doença ou um problema a ser corrigido, mas como um conjunto de comportamentos que podem ser desenvolvidos por meio de procedimentos de ensino especiais. O *Discrete Trial Teaching (DTT)* - Ensaio por Tentativas Discretas - é a técnica ABA mais conhecida e foi descrita pelo autor. Essa técnica envolve a criança em treinos de tentativa e erro numa interação de 5 a 7 horas diárias, durante os 7 dias da semana, para perfazer um total de pelo menos 35 horas semanais. No entanto, esta técnica condiciona o desenvolvimento da criança, uma vez que as tarefas são definidas de forma muito específica para que a criança possa ter um elevado grau de acerto na resposta. E quando não acerta, a criança é induzida a repetir o procedimento tantas vezes quantas precisar até dominar a resposta pretendida. Myers (2007 apud LIMA, 2012) coloca em causa esta teoria na medida em que dificulta a espontaneidade da criança, limitando a ocorrência do comportamento nos ambientes pouco estruturados.

Os elementos primários das abordagens comportamentais incluem:

- a) Estrutura de ensino altamente prescritiva, detalhada, incluindo a escolha dos estímulos apresentados, as respostas direcionadas e as consequências esperadas. Arranjos físicos, como assentos, são frequentemente predeterminados e respeitados fielmente;
- b) Foco no ensino discreto e comportamentos definidos de forma objetiva. Tradicionalmente, o discurso foi o principal modo comunicativo, começando com imitação vocal, seguida de imitação de palavras. Sistemas de comunicação “sem fala” são introduzidos apenas depois que se verificar que a criança não conseguiu alcançar os objetivos durante o treinamento para imitação vocal;
- c) Contexto de aprendizagem envolvendo relação criança-professor, com o professor determinando a atividade e o foco de atenção, sempre seguindo um currículo sequenciado;
- d) Critérios pré-determinados são fornecidos para correção da resposta. Cada resposta é avaliada como correta ou incorreta. Respostas "fora de tarefa", mesmo se relevantes para algum aspecto do treinamento, podem ser ignoradas ou o comportamento da criança pode ser redirecionado;
- e) Foco inicial no controle do adulto e na passividade da criança. "O adulto é chefe" (LOVAAS, 1981) delinea assim sua lógica, fornecendo ambientes "estruturados e autoritários", seguidos de uma redução progressiva de controle por parte do adulto;

f) Currículos utilizados em programas de ensaios discretos podem não ser os tradicionalmente apresentados pela literatura;

g) O ensino é amplamente organizado e dirigido por meio da linguagem oral.

Os defensores dessa abordagem citam as seguintes contribuições para a educação de crianças com Autismo: ênfase na necessidade de atividades intensivas; provisão de estratégias para fracionar atividades em pequenas etapas (análise de tarefas); demonstração do valor da utilização de episódios de ensino estruturados e rotineiros; foco nas habilidades iniciais de atenção; importância da coleta sistemática de dados; uma clara prescrição de atividades para o ensino.

Dentre as várias abordagens comportamentalistas, encontram-se os Modelos ABA e TEACCH descritos a seguir.

a) Modelo ABA (*Applied Behavior Analysis* - Análise do Comportamento Aplicada)

Este modelo assenta toda a sua ação no behaviorismo de Skinner (ROEDIGER, 2004). Dentre os modelos, encontra-se a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), usada para aumentar e manter comportamentos adaptados e desejados. Assim, procura generalizar esses mesmos comportamentos a novos ambientes e situações. Segundo esta abordagem, todo comportamento não desejado acontece devido aos antecedentes, consequências ou fatores ambientes relacionados ao paciente com Autismo. A abordagem ABA tem sido mencionada como a mais promitente terapia no tratamento de indivíduos com Autismo (LANDA, 2007; FAGGIANI, 2010). Diferentes grupos de pesquisa relataram que cerca de 50% das crianças que participaram de tratamento ABA de forma intensiva atingiram, após dois a quatro anos de terapia, ganhos significativos em comunicação, contato social e tarefas de autoajuda (e.g. LOVAAS, 1997).

De acordo com Lovaas (2002), parte do sucesso da Terapia ABA está ligada ao entendimento do Autismo não como uma doença ou um problema a ser corrigido, mas como um conjunto de comportamentos que podem ser aprendidos por meio de procedimentos de ensino especiais.

b) Modelo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*)

O programa TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) “foi especialmente concebido para ser utilizado com crianças com perturbações do espectro do Autismo” (PEREIRA, 2006, p.51). Difundida em

vários países, a metodologia TEACCH, foi criada em 1971, na Universidade da Carolina do Norte, pelo professor Eric Schopler (COLÔA, 2010) e preconiza:

- Aprendizagens e Espaços pedagógicos

Para a metodologia TEACCH, o ensino estruturado assume o papel principal porque é nele que se encontra a forma de organização para que a criança se adapte mais facilmente e possa compreender o seu ambiente, aprendendo de forma mais eficiente (MOURA, 2005). As áreas devem estar bem definidas para que a estruturação das atividades ocorra junto das crianças com Autismo. O trabalho é dividido em áreas que possibilitarão à criança perceber as funções de cada uma e o que se pretende alcançar.

- Aprendizagem individualizada

Nesta área, a criança se beneficia de ensino individualizado com o apoio do adulto que se encontra de frente para ela. É importante que a criança se coloque distante de fatores de distração de modo a concentrar-se nas tarefas a realizar. Pretende-se assim que ela adquira novas aprendizagens, facilite a interação e permita a troca visual entre si e o seu interlocutor. É nesta área que se promove a atenção e a concentração.

- Uso de mesa de trabalho

Claramente diferente da área anterior, pois a criança ganha autonomia em relação ao adulto. Ela tem a sua mesa de trabalho e desenvolve atividades de forma autônoma. A criança tem um esquema estruturado de atividades para realizar na sua mesa de trabalho. O principal objetivo desta área é proporcionar à criança com Autismo estratégias de autocontrole para que possa aprender no seu ritmo, integrada numa sala de aulas regular.

- Uso de brincadeiras

A área do Brincar surge na sala de aulas como o espaço de descontração. Normalmente este ambiente pedagógico proporciona momentos prazerosos aos alunos, já que eles escolhem atividades do seu agrado sem limites ou imposições. O aluno brinca só ou na companhia dos seus pares e nesta interação está aprendendo.

- Uso do computador

As tecnologias da informação e comunicação revelam-se um bom instrumento de aprendizagem. Isto porque permitirá ao aluno desenvolver competências e otimizar recursos. O uso do computador com *software* adequado às suas necessidades vai possibilitar ao aluno com Autismo aprender ao seu ritmo.

- Atividades em grupo

É uma área importante e ferramenta essencial para favorecer a socialização. Neste espaço, os alunos podem cantar os “Bons Dias” e interagir com os pares. O adulto pode aproveitar para marcar as presenças e desenvolver atividades de caráter informativo e/ou pedagógico.

- Reunião

É o momento em que acontece a exploração dos objetos, das imagens, dos sons. Tem por objetivo, estimular o desenvolvimento de competências ao nível das noções espaço temporais, de autonomia e de compreensão de ordens verbais.

- Área transitória

É um componente coletivo, partindo sempre da individualização das tarefas. O aluno com Autismo cria a rotina de se deslocar na área de transição para se certificar das suas tarefas no período em que se encontra na sala de aula. Trata-se de um ambiente coletivo, no qual estão afixados todos os horários de todos os alunos que frequentam a sala de aulas.

Prizant e Wetherby (1998) relacionam algumas preocupações ou limitações das referidas abordagens em relação às habilidades de comunicação e interação social, a saber: foco estreito na estrutura gramatical e de fala; a expressão de intenções comunicativas por meio de comunicações não convencionais, mas significativas, podem não ser reconhecidas; as atividades de tratamento podem ser caracterizadas por um programa de ensino fragmentado, com estrutura não naturalista, sem uma sequência lógica que se relacione com o cotidiano das crianças, suas experiências e interações diárias; o professor tem grande controle na atuação da criança, o que pode resultar em passividade. Iniciativa e espontaneidade não são metas iniciais no programa de ensino; as crianças podem dar respostas extremamente rápidas ou condicionadas, por ser um ensino pouco flexível; pode haver pouca inclusão de colegas ou oportunidades para aprender e interagir com outras crianças até as fases posteriores do treinamento; o ensino de habilidades é claramente definido. No entanto, tal abordagem pode enfatizar os *déficits* em aspectos importantes observados no Autismo. Estes incluem problemas em atenção compartilhada (conjunta), comunicação iniciada pré-verbal e verbal espontâneas, expressão emocional e relação com o jogo imaginativo.

De acordo com Prizant e Wetherby (1998), as críticas mais relevantes em relação a estes programas são: dificuldade de generalização dos comportamentos aprendidos para outros contextos, por serem aprendidos em contextos muito específicos; não valorização dos comportamentos inadequados como possíveis formas de comunicação; dependência do autista em relação ao terapeuta, já que aquele se torna sujeito responsivo apenas ao terapeuta; não

atenção ao desenvolvimento infantil típico e seus *déficits*, que no caso são: falhas na atenção compartilhada, no jogo simbólico, na iniciativa de comunicação verbal e não-verbal; não valorização de todo o repertório comunicativo que o ser humano possui.

Apesar de todas as críticas, a abordagem TEACCH passou a ser a principal estratégia de intervenção para crianças com Autismo.

No início da década de 80, mesmo com as críticas feitas as duas abordagens - ABA e TEACCH, estas se tornaram as principais condutas de tratamento para crianças com *déficits* na comunicação. Com o passar dos anos, as duas abordagens se influenciaram mutuamente.

Também, há os programas de intervenção precoce na infância, de base naturalística (NUNES, 2003), que apresentam resultados bastante positivos, e objetivo de minimizar os efeitos dos fatores de risco da deficiência do desenvolvimento da criança. Os primeiros seguiram numa perspectiva de natureza secundária, com estruturas bem definidas e condução, prevalentemente, em ambientes clínicos e com equipes multiprofissionais intervindo nas áreas da saúde e educação. Esses programas foram bem-sucedidos, especificamente, nos aspectos comportamentais, porém ainda desconsideravam o ambiente no qual a criança estava inserida. Transcendendo essa perspectiva, a abordagem naturalística é um modelo de intervenção em linguagem que busca por práticas adequadas ao nível de desenvolvimento da criança e em oportunidades naturais de aprendizagem.

Desta forma, a casa, o ensino infantil e quaisquer outros espaços de convivência social nos quais a criança está inserida são ambientes propícios ao ensino da linguagem e da comunicação. São estratégias de ensino procedentes da abordagem naturalística que buscam propiciar o processo de aquisição da linguagem: a) o arranjo ambiental, que provoca a intenção comunicativa ao expor um objeto de desejo da criança sem deixá-lo ao seu alcance; b) o modelo dirigido à criança, que com alternância de turnos, ou seja, estimulando imitações, busca a sua solicitação verbalmente e fazendo referências ao objeto desejado; c) o mando, que consiste numa série de passos, sendo eles, consecutivamente: direcionar a atenção da criança por meio de diversos objetos que ela deseja, estabelecer comunicação verbal e, não obtendo respostas mínimas, apresentar um modelo para que ela imite, de forma a reforçar esta imitação com comentários engraçados ou elogiosos; d) a espera, que objetiva fomentar a intenção comunicativa pelo contato visual com o experimentador e exposição de objeto almejado pela criança, e, então, reforçar sua resposta operante por meio de elogios. Estes quatro procedimentos elencados viabilizam uma frequência ascendente de interação entre criança, sujeitos e objetos do seu meio.

A ABA (Análise do Comportamento Aplicada) passou a usar estratégias de comunicação em contextos mais naturais e a Abordagem Desenvolvimentista passou a utilizar técnicas de reforçamento em situações específicas, como em casos de autoagressão, visando diminuir este tipo de comportamento (GREENSPAN E WIDER, 2006). Porém, as mesmas continuam apresentando visões bem distintas, já que a abordagem comportamental se baseia em comportamentos a serem eliminados e utilização de reforços. A abordagem desenvolvimentista procura trabalhar em situações naturais, a partir das necessidades da criança em se comunicar e dos precursores do desenvolvimento típico, visando comportamentos e habilidades.

2.2.2 Abordagem desenvolvimentista

Na abordagem desenvolvimentista, o Autismo é visto como uma condição que afeta o desenvolvimento pré-linguístico inato (LAMPREIA, 2007). Ocorre devido a uma falha biológica, que impede o bebê de se relacionar afetiva e socialmente, sempre à luz do desenvolvimento típico, compreendendo suas particularidades e desvios, ou seja, a partir das etapas do desenvolvimento humano, conhecidas pelos pediatras como “marcos do desenvolvimento”.

Dentre os programas educacionais, com base no paradigma desenvolvimentista, destacam-se: Modelo SCERTS; *Denver Model e o Developmental Individual-difference, Relationship-based Model (DIR)* (Modelo Desenvolvimentista, de Diferença Individual, Baseado no Relacionamento) (LAMPREIA, 2007; NRC, 2001; SIMPSON, 2005), Programas ESDM e Son- Rise.

2.2.2.1 Programa SCERTS

SCERTS pode ser aplicado a partir dos dezoito meses de idade da criança, momento em que, em muitos casos, ocorre a identificação inicial dos primeiros sinais do transtorno (PRIZANT et al., 2003). As iniciais SCERTS referem-se aos três objetivos desejados:

- a) o primeiro deles é o desenvolvimento da comunicação social dessas crianças, por isso o SC do nome, que significa *social communication*. Neste, as crianças autistas devem desenvolver a capacidade de atenção compartilhada, a reciprocidade social e o uso do símbolo;
- b) o segundo é o da regulação emocional, por isso a sigla ER do programa, que significa *emotional regulation*, ou seja, a criança autista deve ser capaz de regular os seus próprios

afetos e seu estado de alerta, seja de forma independente, seja por meio da regulação mútua com os seus parceiros de interações;

c) o último objetivo é o suporte transacional, o TS, sigla do programa, que significa *transactional support*. No TS, o importante é oferecer, em todos os ambientes em que a criança circula, oportunidades para que ela desenvolva habilidades e diminua as suas dificuldades.

O Programa enfatiza comportamentos comunicativos da atenção compartilhada, o uso dos sistemas simbólicos, a identificação das alterações sensoriais da criança e o suporte adequado à família e a todos os envolvidos no cuidado à criança, de modo a capacitá-las a estimular a criança com Autismo a interagir e a se comunicar.

Prizant e Wetherby (1998) enfatizaram a importância do contexto natural para a comunicação humana. De forma contrária a Lovaas (1997), defenderam que a comunicação humana não se dá em um ambiente estruturado, mas ao longo das interações sociais diárias. Assim, surge uma nova abordagem denominada desenvolvimentista social-pragmática.

Para os autores, a abordagem sociopragmática se caracteriza pelos seguintes aspectos:

- a) o contexto da vida cotidiana da criança é fundamental para o desenvolvimento da comunicação infantil;
- b) a criança é um ser social e deve ser visto como agente ativo, aprendiz, no seu próprio desenvolvimento;
- c) é fundamental o papel do cuidador, já que é, a partir das interações e do contexto natural da criança, que o desenvolvimento da mesma irá ocorrer;
- d) é preciso conhecer o desenvolvimento infantil típico, para desenvolver a linguagem significativa e funcional destas crianças, considerando as habilidades comunicativas verbais e não-verbais como essenciais para o desenvolvimento da criança.

Já algumas limitações de abordagens “naturalistas” devem ser consideradas, a saber (PRIZANT; WETHERBY, 1998):

- a) como o aprendizado depende das interações em contextos naturais, as oportunidades para o mesmo podem ser tornar pouco consistentes;
- b) o ambiente com muitos estímulos e a falta de uma situação estruturada podem dificultar o aprendizado e a interação das crianças com Autismo;
- c) o reforço social, oriundo das interações sociais, pode não ser suficientemente consistente para manter as crianças atentas;
- d) como esta abordagem é baseada nas interações sociais naturais, pode não ser elaborado um plano objetivo para facilitar o desenvolvimento da criança com Autismo;

e) não é apresentada, com clareza, orientação sobre o que os cuidadores devem fazer para promover as habilidades de comunicação e interação.

2.2.2.2 Programa DIR

O Programa DIR (*Developmental individual-difference, relationship based model intervention program*) se baseia no relacionamento e na diferença individual da criança atendida. Costuma ser aplicado tão logo surgem os primeiros sinais do transtorno. Foi desenvolvido por Greenspan e Wieder (2000) e tem como meta retomar o desenvolvimento saudável da criança autista por meio do estímulo das interações afetivas, tornando-a capaz de se engajar em comunicações significativas, participação social, desenvolvimento simbólico e cognitivo. O Programa utiliza, como principal estratégia, o *floortime* (tempo no chão), em que a criança autista e os seus cuidadores passam um tempo brincando e interagindo livremente. Desse modo, Greenspan e Wieder (2000, 2006) acreditam que a criança possa envolver-se em interações afetivas com os seus cuidadores e, assim, desenvolver as áreas necessárias ao seu desenvolvimento.

Segundo Fiore-Correia e Lampréia (2012), o SCERTS enfatiza o desenvolvimento da atenção compartilhada, a autorregulação da criança autista e a sua capacidade para interagir e comunicar-se em diversos contextos. O DIR prioriza o relacionamento afetivo da criança com os seus parceiros de interação. No programa SCERTS, o relacionamento afetivo não é a estratégia fundamental, mas apenas uma das conquistas a serem alcançadas pelas crianças autistas. Por outro lado, o DIR, ainda que almeje que a criança autista se relacione afetivamente com as pessoas ao seu redor, interagindo e comunicando-se nas situações cotidianas e naturais, não aborda as questões sensoriais da criança como algo a ser trabalhado para que ela se engaje afetivamente com as pessoas e não enfatiza o desenvolvimento da atenção compartilhada no Autismo.

2.2.2.3 Programa *Early Start Denver Model* (ESDM) - Modelo Denver para Intervenção Precoce

Dentre as práticas destacadas está o MODELO ESDM (*Early Start Denver Model*). Conhecido como Modelo Denver para Intervenção Precoce, segue a sequência normal de desenvolvimento e considera fundamental o envolvimento dos pais na terapia de seus filhos. É utilizado com crianças até 60 meses de idade a partir de práticas de ensino baseadas na

Análise Aplicada do Comportamento (ABA). Trabalha com estratégias aplicadas aos comportamentos naturais, estimulando habilidades cognitivas, sociais e de linguagem. Nesse contexto, a linguagem e a comunicação devem ser ensinadas com base numa relação positiva, de afeto, sempre tendo como princípio o ensino da atenção compartilhada.

Princípios do Modelo ESDM:

- Destina-se a crianças bem pequenas, com até 60 meses de idade;
- Os procedimentos de ensino são bem descritos, com objetivos claros, com um passo a passo para que os objetivos sejam cumpridos;
- Pode ser usado por pais, professores, terapeutas, não necessitando de um *setting* específico;
- Propõe desenvolver todas as habilidades da primeira infância, como: linguagem, brincadeira, interação compartilhada, habilidades e comportamentos;
- Utiliza alguns recursos da abordagem comportamental (ABA): reforça as tentativas da criança, mesmo que não sejam perfeitas;
- Utiliza reforços diretamente relacionados aos objetivos da tarefa;
- Compartilha o controle de materiais, atividades e interações, com a criança;
- Usa atividades motivadoras para a criança, para o ensino de novas habilidades;
- Usa a alternância de turno como técnica motivadora e de aprendizagem;
- Prevê rotinas sociais sensoriais;
- Propõe uma criteriosa avaliação inicial, antes da elaboração dos objetivos para cada criança. Daí, são elaborados os procedimentos diários, de forma individualizada;
- Desenvolve-se em quatro níveis de habilidades, que correspondem a períodos de idades diferentes: 12-18 meses, 18-24 meses; 24-36 meses; 36-48 meses.

O Programa ESDM também utiliza princípios de PRT (Tratamento Resposta Pivotal), que é uma abordagem baseada nos princípios da ABA (Análise do Comportamento Aplicada) e foi aplicado pela primeira vez nos anos 80, por Robert e Lynn Koegel (KOEGL; WILLIAMS, 1980; KOEGEL; O'DELL; KOEGEL, 1987), que observaram melhoria na motivação, comportamento, espontaneidade e generalização em crianças cuja intervenção

comportamental fora realizada de forma natural e interativa e não formatada para adultos. O PRT tem sido usado com sucesso na obtenção de competências de jogo, imitação, linguagem, gestos e comportamentos sociais em crianças com Autismo (KOEGL; KOEGL, 1995). O programa ESDM utiliza os seguintes princípios de PRT:

- Reforça as tentativas da criança: recompensa as tentativas para aumentar a motivação e perseverança da criança e reduzir a frustração e comportamentos indesejados;
- Alterna comandos para novos comportamentos: alterna novos comandos com comandos já aprendidos; alterna as tarefas mais difíceis com as mais fáceis, isto aumenta a motivação e diminui a frustração, bem como favorece a manutenção dos comportamentos já aprendidos;
- Oportuniza tomada de vez nas atividades: cada parceiro tem oportunidade de partilhar o controle da interação; a tomada de vez torna a atividade social;
- Os reforços têm relação direta com a resposta e o comportamento da criança: o reforço não é externo, o reforço é uma parte natural da atividade. Por exemplo: a criança quer a bola e consegue a bola. Receber o objeto desejado já é um reforço;
- As instruções são expressas de forma clara: as instruções devem ser claras, ditas de forma pausada, uma a uma e o adulto deve se certificar de que estas foram entendidas;
- Permite que a criança escolha e siga suas opções: utiliza as escolhas feitas pela criança, para trabalhar competências específicas, reforçando o comportamento espontâneo da criança.

Já Rogers e Dawson (2000), numa visão construtivista ou interacionista, veem a criança como um ser ativo, cujos comportamentos, temperamento, habilidades e emoções são influenciadas pelos adultos que se relacionam com ela, bem como os influenciam, resultando num processo de interação. Assim, podemos inferir o quanto as aprendizagens da criança com Autismo ficam prejudicadas, desde a mais tenra idade.

É preciso ensinar a criança a usar a fala, de modo que ela aprenda as funções pragmáticas da linguagem: atenção compartilhada, negação, protesto, afirmação, saudação e comportamentos regulatórios. Rogers e Dawson (2010), do mesmo modo, ressaltam a necessidade de trabalhar a intenção de produzir algum som, por parte da criança, estimulando

primeiro as iniciativas de interação, que faltam na criança com Autismo. A criança deve estar engajada e gostando das estimulações que ocorrem por meio da brincadeira, construindo uma relação de afeto.

2.2.2.4 Programa SON-RISE

O Programa *Son-Rise* (SRP) foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 1970 (KAUFMAN, 1976; 1994). No Reino Unido, é conhecido como *Option Method*. O SRP é, geralmente, implantado e conduzido pelos pais, auxiliados por facilitadores. Eles recebem formação do *Autism Treatment Center of America* (ATCA) ou por alguém credenciado por esse órgão.

A formação é desenvolvida na casa dos pais, em um quarto modificado para ser o “quarto de brincar”. A adaptação é realizada estrategicamente para facilitar a organização e a previsibilidade, minimizar distrações e obter maior controle sobre possíveis mudanças, visando a maximizar a interação com a criança com Autismo (SCHMIDT et al., 2015).

O uso de estratégias educacionais no SRP é orientado pelo adulto para seguir os interesses da criança, por meio de situação de interação, ao invés de direcioná-los a uma atividade proposta. Deve-se valorizar sempre os comportamentos iniciados pelo filho, mesmo aqueles socialmente inadequados, como as estereotípias. O objetivo seria a busca de atitudes que reflitam valores de aceitação e ausência de julgamento (KAUFMAN, 1994).

Quando a criança apresenta maior responsividade, cabe ao adulto propor a expansão das atividades conjuntas, visando promover o desenvolvimento das habilidades de comunicação e interação social (WILLIAMS, 2006). Quanto à intensidade e frequência da intervenção, o ATCA recomenda acima de 20 horas semanais de intervenção. Ao passo que os *workshops* ministrados no Brasil sugerem iniciar o SRP com 30 minutos diários, aumentando gradativamente. Algumas famílias utilizam o programa de modo ainda mais intensivo, acima de 80 horas semanais, em alguns casos, solicitando para isso a participação de voluntários (SCHMIDT et al., 2015).

O arcabouço teórico que fundamenta este tipo de intervenção é bastante extenso e derivado de sólidas evidências empíricas sobre desenvolvimento infantil e Autismo. Para Schmidt et al. (2015), deve-se ter cuidado ao destacar que essas pesquisas não dizem respeito à utilização do SRP, mas sim aos seus fundamentos estudados isoladamente (ex.: atenção compartilhada, orientação social no Autismo). Faltam ainda pesquisas sobre esse método que possam validar sua eficácia no tratamento de crianças com Autismo.

2.2.3 Tendências no Desenvolvimento dos Programas de Intervenção Precoce em Autismo

A National Research Council (2001) realizou a análise de dez programas de intervenção em Autismo, a saber: *Children's Unit at the State University of New York at Binghamton*; *Denver Model at the University of Colorado Health Sciences Center*; *Developmental Intervention Model at The George Washington University School of Medicine*; *Douglass Developmental Center at Rutgers University* ; *Individualized Support Program at the University of South Florida at Tampa* ; *Learning Experiences, an Alternative Program for Preschoolers and their Parents (LEAP) Preschool at the University of Colorado School of Education*; *Pivotal Response Model at the University of California at Santa Barbara*; *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH) at the University of North Carolina School of Medicine at Chapel Hil*; *The University of California at Los Angeles (UCLA) Young Autism Project*; *Walden Early Childhood Programs at the Emory University School of Medicine*.

Quanto às tendências no desenvolvimento dos programas, deve-se reconhecer que cada um deles sofreu uma evolução considerável ao longo dos anos. Nas últimas duas décadas, o desenvolvimento de programas pré-escolares, para crianças com distúrbios do espectro autista, influenciou e foi influenciado por grandes mudanças nas abordagens de intervenção (DUNLAP; ROBBINS, 1991). As primeiras intervenções comportamentais visavam frequentemente, como principal objetivo, a redução de comportamentos indesejados e alguns, usavam procedimentos aversivos. No entanto, poucos programas para crianças pequenas relatam o uso planejado de estímulos aversivos como punições. Outra tendência inclui ampliação do envolvimento familiar, que se expandiu da simples participação no treinamento de pais e parentes como colaboradores. Também houve uma mudança para a instrução em ambientes mais naturais, e tem havido uma crescente ênfase na inclusão de crianças com Autismo com colegas de desenvolvimento típico. Por exemplo, praticamente todos os programas valorizam a inclusão entre os pares típicos como ênfase no seu programa, seja como objetivo ou como estratégia para promover a aprendizagem social (HANDLEMAN; HARRIS, 2000; HARRIS; HANDLEMAN, 1994). Nos últimos anos, houve um foco ampliado na identificação e tratamento de crianças pequenas com Autismo, em contraste com modelos anteriores de intervenção precoce que começaram quando as crianças estavam na pré-escola ou na escola primária.

Quanto à orientação técnica dos programas, os dez modelos de programas descritos derivam de orientações desenvolvimentistas ou comportamentais, a partir das quais foram

traçados objetivos, procedimentos de intervenção e métodos de avaliação. Assim, o Modelo de Denver e o Modelo de Intervenção do Desenvolvimento foram elaborados a partir da teoria do desenvolvimento humano. Essa teoria foi usada para organizar hipóteses sobre a natureza fundamental dos transtornos do espectro autista. A pesquisa do grupo tem como objetivo buscar confirmações sobre desvios do desenvolvimento normal que precisam ser abordados na intervenção, com exceção do TEACCH, que é eclético com elementos tanto de desenvolvimento quanto de orientações comportamentais. Os outros sete programas derivam do campo de análise comportamental aplicada. As intervenções comportamentais foram desenvolvidas a partir de uma abordagem "de baixo para cima" em que procedimentos são baseados em princípios de aprendizagem e submetidos a testes empíricos (em grande parte de sujeito único). As técnicas de eficácia demonstradas foram então montadas em modelo de programas (ANDERSON; ROMANCZYK, 1999).

A abordagem desenvolvimentista baseia-se no pressuposto de que os sintomas de uma criança refletem dificuldades de processamento biológico únicos, que podem envolver afetos, modulação e processamento sensorial, planejamento motor e formação de símbolos (GREENSPAN; WIEDER, 1997). Os relacionamentos e as interações afetivas podem ocorrer de forma secundária e a intervenção visa ajudar uma criança a tentar trabalhar em torno das dificuldades de processamento para restabelecer o contato afetivo.

De longe, a maior parte da pesquisa de intervenção em distúrbios do espectro do Autismo foi conduzida a partir da perspectiva da análise aplicada do comportamento. Uma revisão exaustiva de 19.000 artigos de revistas publicados revelou que havia 500 artigos sobre análise do comportamento aplicado a distúrbios do espectro autista e, 90 deles, eram estudos que utilizavam delineamentos intrassujeitos para avaliar intervenções específicas em crianças pequenas com transtornos do espectro autista (PALMIERI et al., 1998).

Quanto à convergência dos diversos programas, os seguintes elementos comuns entre os dois modelos de intervenção precoce se fazem presentes: conteúdo curricular específico, ambientes de ensino altamente favoráveis, estratégias de generalização, rotinas previsíveis, uso de uma abordagem funcional para comportamentos problemáticos, transições planejadas, intervenção e envolvimento familiar ativo (DAWSON; OSTERLING, 1997).

Podemos sintetizar os princípios gerais dos programas de intervenção precoce, comuns a todos os programas, como:

- a) As intervenções devem começar cedo, isto é, antes dos três anos de idade;
- b) As intervenções devem ser intensivas em carga horária semanal: de 20 a 45 horas por semana;

- c) As famílias devem estar ativamente envolvidas na intervenção de seus filhos: necessidade de oferecer aos pais instrução e supervisão constantes sobre as habilidades necessárias a serem ensinadas a crianças com Autismo. A instrução aos pais exige que os mesmos tenham tempo para atuar intensivamente junto a seus filhos, em contextos domésticos e sociais, de forma individualizada. É considerado relevante também para os pais o oferecimento de aconselhamento psicológico e de assistência social, visitas domiciliares, consultas telefônicas, *workshop* para demonstração de habilidades aos pais, grupos de apoio voluntário;
- d) Os profissionais devem ser altamente treinados e especializados em Autismo: trabalho multiprofissional, em equipe interdisciplinar, possuindo formação em nível superior nas áreas de psicologia, educação, fonoaudiologia, etc. Em muitos programas os terapeutas especializados atuam como consultores para equipes escolares, podendo ou não fazer parte da equipe regular de intervenção, bem como atuam realizando treinamentos para professores e pais;
- e) Avaliação contínua do progresso da criança: possuir um mecanismo para rastrear o progresso individual das crianças. Os sistemas de avaliação contínua permitem ajustes oportunos no plano de intervenção das mesmas;
- f) Planejamento do currículo de forma sistemática: este se refere à organização de um programa de ensino personalizado, com organização do ambiente de ensino, seleção de materiais e propostas de interação;
- g) Ambiente com bom suporte físico e de equipe: os programas são implementados em uma ampla gama de ambientes, incluindo salas de aula, residências, clínicas e comunidade. Os programas também variam em dimensões de estimulação ambiental, com programas comportamentais tradicionais ou com procedimentos mais naturalísticos, sendo estes implementados em ambientes mais "cotidianos". No entanto, mesmo nos ambientes mais naturais, é comum que o currículo especifique determinados arranjos ambientais, com coordenação do espaço físico, equipamentos, materiais, atividades, papéis do pessoal e tempo de intervenção. O tamanho da classe pode variar de seis a dezoito crianças, dependendo da proporção de crianças com necessidades especiais.

Quanto às áreas de desenvolvimento da criança com Autismo, foram enfatizadas nos estudos acima:

- Comunicação;
- Engajamento;
- Jogo;

- Interações sociais;
- Habilidades cognitivas e acadêmicas;
- Prevenção de comportamentos desafiados;
- Habilidades motoras.

2.2.4 Principais elementos para um Programa de Intervenção Precoce em Autismo

Klinger e Dawson (1992) afirmam que a proposta de um programa de ‘facilitação do desenvolvimento social e comunicativo inicial’ no qual se procura favorecer o desenvolvimento da criança com Autismo deve incluir cada um dos precursores da comunicação não verbal inicial, como:

2.2.4.1 Facilitação do desenvolvimento da comunicação social precoce em crianças com Autismo

Esta meta é dividida em quatro fases sequenciais que foram esmiuçadas por Figueiredo (2014):

a) A fase 1 se destina a aumentar a atenção da criança com Autismo para as pessoas, visando promover o sentimento desta nas interações sociais, além de favorecer que ela passe a entender as interações contingentes simples com os objetos, ou seja, que sua ação no ambiente gera consequências no mesmo. Ao invés de ficar focada apenas em seus brinquedos, a criança passa a prestar atenção nas ações do adulto, conseguindo, com isso, perceber a conexão entre suas ações e as do adulto. Isto é feito por meio da imitação exata e simultânea por parte do adulto das ações da criança, sejam elas movimentos do corpo, jeito de manusear os brinquedos ou vocalizações;

b) A fase 2 visa promover o contato ocular das crianças com Autismo, que não repararam na face do adulto na primeira fase. O adulto coloca a sua face dentro do ângulo de visão da criança, exagerando suas expressões faciais enquanto imita a criança, de modo a chamar e manter sua atenção;

c) A fase 3 caracteriza-se pela alteração do comportamento do adulto nas atividades, de modo a facilitar o uso do contato ocular da criança com Autismo durante comunicação em atividades compartilhadas. Desta forma, o ambiente é estruturado a fim de que a criança incorpore o adulto em uma atividade compartilhada para alcançar um objetivo. Depois, o adulto passa a pausar, antes de atender imediatamente aos pedidos da criança, fazendo com que ela olhe para ele, enfatizando a interação social. Então o adulto executa a atividade programada. Assim, o adulto começa a pedir que a criança atenda aos seus pedidos verbais ou não-verbais olhando para a face do adulto;

d) A fase 4 é aquela em que a criança deve começar a perceber as dicas não-verbais do adulto, para que seus pedidos sejam atendidos. Com isso, o adulto faz instigações exageradas. Deste modo, a criança com Autismo passa a entender que as dicas não-verbais das pessoas são componentes fundamentais para o sucesso na comunicação. Além disso, o adulto pode fingir que não está prestando atenção à criança, a fim de que ela se sinta motivada a dirigir a atenção do adulto para a atividade desejada.

2.2.4.2 Utilização de jogos e brincadeiras, como facilitadores da interação social, da imitação e de aprendizagens cognitivas e motoras

Segundo Ferland (2006, p. 3) a descoberta do mundo pelo brincar tem efeitos evidentes sobre a evolução das habilidades da criança.

Aí ela descobre quais objetos, as pessoas, os eventos que estão à sua volta e quais relações eles mantêm entre si. . É por meio do brincar e das brincadeiras com o próprio corpo, com o corpo do outro e com objetos, que a criança vai desenvolvendo todo seu repertório motor, sensorial, cognitivo, social e emocional (TEIXEIRA et al., 2003, p. 520).

No brincar a criança inicia o seu processo de autoconhecimento, toma contato com a realidade externa e, a partir das relações vinculares, passa a interagir com o mundo. O brinquedo torna-se instrumento de exploração e desenvolvimento das capacidades da criança. Brincando, ela tem a oportunidade de exercitar funções, experimentar desafios, investigar e conhecer o mundo de maneira natural e espontânea, expressando seus sentimentos e facilitando o desenvolvimento das relações com as outras pessoas (KUDO et al., 1994).

É necessário estimular os jogos infantis entre as crianças com Autismo e seus pares, já que por meio destes as crianças podem expandir e diversificar o seu repertório comunicativo (SCHULER; WOLFBERG, 2000). O jogo pode ajudar a criança com Autismo a se

desenvolver, especialmente em relação à interação social. Por apresentar regras, o jogo as ajuda a entender e aprender expressões próprias de sua cultura, visto que cada cultura apresenta tipos de brincadeiras distintas, auxiliando-as, pois, a se inserir socialmente, a flexibilizar comportamentos, a aprender a partilhar, a dirigir a atenção a outros, permitindo negociação com os próprios pares e adultos.

Também é aconselhável que sejam propostas atividades de jogo motor, sensorial e espacial para fortalecer as habilidades de processamento sensorial, como a modulação e a integração sensório-motora, desafios perceptuais e motores, atividades de processamento visoespacial, discriminação tátil e brincadeiras com pares. Dentre estes jogos, encontram-se também os de imitação de sons, gestos, movimentos, imitação de ações ou falas.

Os efeitos da imitação contingente foram investigados por Dawson e Adams (1984) sobre a frequência do contato visual e na forma de manipulação de brinquedos de crianças com Autismo. Neste estudo, 15 crianças de 4 a 6 anos foram expostas a atividades de jogo em três situações: Na primeira, um experimentador empregava a imitação contingente com o mesmo brinquedo utilizado pela criança. Na segunda, ele manipulava um objeto idêntico empregando ações distintas, mas familiares à criança (presentes em seu repertório). Por fim, ele manipulou o mesmo objeto, empregando ações novas, não presentes no repertório comportamental da criança.

Os resultados da pesquisa mostraram que os participantes que apresentavam *déficits* de imitação mais significativos brincavam de maneira menos estereotipada, bem como mantinham mais contato visual com o experimentador, quando este imitava os seus comportamentos (imitação contingente). Já aquelas com habilidades de imitação mais desenvolvidas responderam da mesma forma em todas as condições. Assim, a imitação contingente pode estimular o contato visual e o uso funcional de objetos (ex: brinquedos) em indivíduos com Autismo.

Cabe-nos destacar a importância da imitação como estratégia interventiva. Nadel e colaboradores (2000) avaliaram os efeitos da imitação contingente na responsividade de 20 crianças com Autismo (idade média de 5 anos). As variáveis incluíam o contato visual, a expressão facial, o uso de gestos e o contato físico. A pesquisa foi dividida em quatro fases. a) na primeira, a criança entrava numa sala onde havia dois brinquedos idênticos e um adulto, não familiar, sentado em um sofá; b) na segunda fase, o adulto imitava, de forma contingente, as respostas da criança usando o brinquedo; c) na terceira, a criança era exposta, novamente, à primeira condição, na qual o adulto permanecia sentado, sem interagir; d) na quarta fase, o adulto interagia normalmente com a criança, sem imitar o seu comportamento.

Os resultados indicaram que as crianças fixavam o olhar, alternavam as expressões faciais e tocavam no adulto com mais frequência na segunda fase quando comparada com as outras. Esses resultados sugerem que o procedimento de imitação, por parte do adulto, favoreceu a aproximação física e o contato visual das crianças.

Escalona e colaboradores (2002) replicaram o estudo de Nadel et al. (2000), utilizando as quatro condições previamente descritas com 20 crianças com Autismo entre 3-7 anos. Neste, foram introduzidas duas variáveis na segunda fase: a imitação contingente ou a responsividade contingente. A primeira consistia em imitar o comportamento da criança, incluindo as vocalizações/verbalizações, as estereotípias motoras e outras ações. Na segunda, o adulto respondia, de forma contingente, mas com comportamentos parecidos. Assim como no estudo de Nadel et al. (2000), no terceiro momento, o adulto voltava para o sofá e permanecia imóvel e no quarto ele interagiu com a criança naturalmente. Os resultados encontrados confirmam o estudo de Nadel et al. (2000), revelando que, na terceira fase, as crianças eram mais responsivas, quando o adulto permanecia imóvel. Já as crianças expostas à imitação contingente, no entanto, aproximaram-se mais do adulto e o tocaram com mais frequência. Aquelas expostas à responsividade contingente, por outro lado, mantiveram mais contato visual com ele.

Segundo Nunes (2016) o ensino da imitação deve favorecer o desenvolvimento de habilidades sociocomunicativas de crianças com Autismo. Com base nessas ideias foram desenvolvidas, na última década, diversas pesquisas que tinham dentre outros objetivos, o de ensinar a criança com Autismo a imitar as ações de um interlocutor (INGERSOLL; SCHREIBMAN, 2006; INGERSOLL et al., 2007; INGERSOLL, 2010; 2012).

Mais recentemente, o uso de um protocolo de intervenção denominado Treino Recíproco de Imitação (*Reciprocal Imitation Training – RIT*) tem sido avaliado em diversos estudos (INGERSOLL; SCHREIBMAN, 2006; INGERSOLL et al., 2007; INGERSOLL, 2010; 2012). Esse modelo de intervenção tem como objetivo ensinar as funções sociais da imitação à criança, ampliando o seu nível de responsividade. O RIT está baseado em quatro estratégias de ensino: a imitação contingente, o mapeamento linguístico, o apoio físico, e o reforçamento contingente. Na primeira, o adulto manipula brinquedos idênticos aos usados pela criança, imitando seus gestos, movimentos corporais e vocalizações durante uma atividade de jogo. Conforme evidenciado em estudos anteriores, esse procedimento tende a aumentar a frequência de contato visual e da atenção triádica. (NUNES, 2016). O mapeamento linguístico é a segunda estratégia, que consiste em descrever, de forma simples, as ações da criança. Esta pode utilizar, ainda, o uso de onomatopéias e vocalizações, que

façam alusão, por exemplo, à buzina de um carro, ao choro de uma criança ou ao latido de um cachorro. Essa estratégia parece conduzir a bons resultados, por fornecer modelos de linguagem à criança, podendo estimular o desenvolvimento da fala. No modelo, empregado como terceiro método, a criança é ensinada a imitar a ação do adulto. A probabilidade de que ela imite uma ação já presente em seu repertório é maior (DAWSON; ADAMS, 1984; INGERSOLL, 2006). Desta forma, imitações iniciais envolvem ações familiares à criança. Por exemplo, ao brincar com um boneco, uma criança pode evidenciar dois comportamentos frequentes: segurar o boneco e mordê-lo. Durante a interação, o adulto realiza apenas uma ação (ex: segurar um carrinho), mesmo quando a criança morde o objeto. Quando a criança passa a imitar as ações do adulto, são introduzidos novos comportamentos, antes não existentes em seu repertório. Assim, após a imitação do abraço, o adulto poderá introduzir a ação de “tirar a roupa do boneco”. Caso a criança não consiga imitar as ações do adulto, o apoio físico é introduzido.

Para Nunes (2016), essa estratégia auxilia no desenvolvimento motor, comumente deficiente em pessoas com Autismo (SMITH; BRYSON, 1994; NUNES, 2008), assim como estimula outros comportamentos de imitação via reforçamento positivo, ou seja, ao fornecer apoio físico ao comportamento desejado (ação de imitação) o adulto enfraquece a probabilidade de ocorrência de um comportamento indesejado (a não imitação). O reforçamento contingente refere-se aos elogios emitidos pelo adulto, após episódios de imitação da criança, assim como a retenção do brinquedo desejado, que seria um reforçador negativo. Desse modo, considerando o paradigma antecedente-resposta-consequente do modelo comportamental, a probabilidade de ocorrência do comportamento de imitar é aumentada pela introdução do reforço social (elogio), assim como o reforço tangível (permanecer com o objeto desejado). O RIT tem sido adotado, na última década, para estimular o desenvolvimento de habilidades pré-linguísticas de crianças com Autismo (INGERSOLL; GERGAN, 2006; INGERSOLL; SCHREIBMAN, 2006; INGERSOLL; LEWIS; KROMAN, 2007; INGERSOLL, 2010; 2012). O objetivo das pesquisas conduzidas por Ingersoll e Schreibman (2006) e Ingersoll e Gergans (2006) foi avaliar se o RIT era efetivo para ensinar crianças, de 2-4 anos com Autismo, a imitar ações envolvendo o manuseio de objetos, todas com resultados promissores.

2.2.4.3 Orientação aos pais, de forma a envolvê-los como coterapeutas de seus filhos

A família tende a se desesperar ao receber um diagnóstico de tanta gravidade e, com grande facilidade, se desestrutura (ROGERS; DAWSON, 2010). Sendo assim, faz-se necessário apoio familiar para que absorvam o impacto do diagnóstico, superem a dor e mantenham a estrutura para lidar com a situação de cuidar de uma pessoa que demande maiores atenções. Os atendimentos de apoio familiar devem ser feitos de forma a suprir as demandas individuais das famílias e também ajudá-los a formar uma rede de apoio entre usuários do serviço.

Oferecer um acolhimento adequado aos pais cujo filho(a) teve diagnóstico de Autismo é necessário e importante. Isso pode acelerar o enfrentamento do diagnóstico e permitir uma passagem mais breve pelos estágios de luto, que constituem uma sequência relativamente previsível de fases. O primeiro estágio é o de luto, de choque, acompanhado de choro, desamparo e desejo de fugir; no segundo estágio, há descrença e negação da situação; no terceiro, há tristeza e angústia manifestadas por muito choro e raiva; no quarto, há o equilíbrio, caracterizado pela aceitação de que a condição existe; por último, o estágio de reorganização, mediante reintegração e reconhecimento familiar desse filho (RAINES, 1999).

Mais do que acolher os pais, estes devem ser orientados sobre sua importância no ensino de habilidades básicas, como: atender a uma voz, imitar ações ou falas, comunicar-se por gestos ou por fala, entender que a comunicação tem um sentido para os que estão ao seu redor, brincar com brinquedos de forma funcional, usual.

Dawson e Vismara (2012) apontam que a intervenção realizada pelos pais de crianças com Autismo é uma ferramenta muito importante na intervenção precoce, pois ajuda na generalização e manutenção dos comportamentos aprendidos. Além disso, a interação com os pais é um grande reforçador natural. Estas intervenções, realizadas pelos pais, tendem a aumentar o afeto positivo compartilhado, melhorando a qualidade da relação.

Em famílias com filhos com Autismo, segundo estudo de Milgran e Atzil (1988, apud SCHMIDT, 2007), as mães têm a tendência de tomar para si a maior parte e as tarefas mais pesadas relacionadas aos cuidados com a criança. Em contrapartida os pais acham justo tal sobrecarga, tendo em vista suas responsabilidades ocupacionais desempenhadas na família, sobretudo a financeira.; em outro estudo foi também apontada uma tendência de participação ocasional dos pais nas atividades rotineiras de cuidados com as crianças. Aqui foram apontados como critérios para divisão de tarefas: falta de tempo do marido ou sua sobrecarga de trabalho, características e preferências pessoais e a situação de provedor (SIFUENTES;

BOSA, 2010). Ambos estudos constataram que esta relação se dá, principalmente, por haver uma expectativa social das funções provedora do pai e cuidadora da mãe e, por consequência, maiores riscos em haver situações de crise e estresse parental. Fato este ratificado com dados cedidos pelo estudo epidemiológico de Lecrubier, Boyer, Lépine e Weiller (2002 apud SCHMIDT, 2007), que indicam taxas de depressão de 68% e ansiedade generalizada de 28% em um grupo de cuidadores de crianças com Autismo no oeste europeu e países em desenvolvimento. É necessário considerar essas informações, tendo em vista que, segundo Morgan (1988, apud SCHMIDT; BOSA 2003), as interações familiares se caracterizam por serem recíprocas e bidirecionais, e por isso, constituem um sistema de influência circular, onde todos os membros estão interligados e dependentes uns dos outros.

Diante da gravidade do transtorno e os prejuízos que ele acarreta, em todos os âmbitos, o grande desafio consiste em propiciar que os ganhos terapêuticos obtidos sejam expandidos para os outros ambientes não estruturados. Assim, a família e os cuidadores passam a ter papel fundamental como coparticipantes do tratamento, atuando nos ambientes naturais do indivíduo e mantendo as estratégias adotadas nas terapias. Segundo Bosa (2006), não há uma abordagem única que seja totalmente eficaz para todas as crianças durante todo o tempo. Ao contrário, as famílias modificam suas expectativas e valores com relação ao tratamento de seus filhos, de acordo com a fase de desenvolvimento da criança e do contexto familiar, ou seja, um determinado tipo de intervenção pode funcionar bem por certo período (e.g., na infância) e não funcionar tão bem nos anos seguintes (e.g., adolescência).

2.3 Intervenção Precoce para crianças com Transtorno do Espectro do Autismo menores de 03 Anos

Zwaigenbaum e colaboradores (2015), realizaram uma revisão sistemática da literatura publicada entre 2000 e 2012 relacionada aos programas de intervenção fornecidos a crianças com TEA com idade menor que 3 anos. Os autores resumiram a pesquisa publicada sobre intervenções desenvolvidas mesmo que a faixa etária de amostras de crianças avaliadas estivesse, algumas, para além dos 3 anos de idade. A revisão de literatura, com 742 artigos referentes a ensaios clínicos de intervenções comportamentais e desenvolvimentistas, com crianças menores de 36 meses, identificou vários modelos de tratamento abrangentes e direcionados com evidências claras de benefícios. Embora alguns ensaios tenham sido limitados a dados de resultados de 8 a 12 semanas, os resultados aprimorados, associados a

algumas intervenções, foram avaliados a cada dois 2 anos. Com base nesta revisão, são propostas recomendações para prática clínica e pesquisa futura.

O objetivo principal de tal estudo foi detecção e rastreamento precoce de modo a garantir que as crianças com transtorno do espectro do Autismo (TEA) possam acessar intervenções baseadas em evidências, de forma a proporcionar melhor oportunidade para o bom desenvolvimento infantil. Felizmente, ao longo dos últimos anos, um número crescente de estudos avaliou intervenções especificamente elaboradas para crianças menores de 2 a 3 anos. Os autores afirmam não poder assumir que as descobertas da pesquisa de tratamento envolvendo crianças mais velhas com TEA possam ser generalizadas para bebês e crianças pequenas, que diferem em relação à natureza de suas relações sociais, bem como seus processos cognitivos e comunicativos. Os bebês dependem da aprendizagem experiencial em seus ambientes naturais e nas interações enraizadas no jogo social, que ocorrem no contexto das atividades cotidianas de cuidados.

Foram realizados seis ensaios clínicos randomizados, que consistem basicamente em um tipo de estudo experimental, desenvolvido em seres humanos e que visa o conhecimento do efeito de intervenções em saúde, considerados como uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica. Estes concluíram que os efeitos desejáveis das intervenções superaram claramente os efeitos indesejáveis. Apenas dois estudos se concentraram exclusivamente em crianças menores de 3 anos; um estava relacionado a uma abordagem de tratamento abrangente, e um era um programa de intervenção direcionada. Os restantes (quatro estudos) incluíram crianças em idade pré-escolar, bem como algumas crianças menores de 3 anos ou focados nas tarefas de desenvolvimento da infância. Dois desses estudos avaliaram a mesma amostra de crianças de 3 ou 4 anos no início do tratamento.

Para resumir brevemente estes seis estudos, ambos os programas abrangentes de intervenção (*Early Start Denver Model* [ESDM] e o modelo UCLA / Lovaas) e as quatro intervenções específicas (com foco em habilidades de comunicação social ou de imitação) exibiram resultados significativamente melhores, quando aplicados durante dois ou três anos em comparação aos grupos que sofreram intervenções terapêuticas de oito semanas. Alguns dos seis estudos relataram a dimensão dos efeitos: efeitos maiores após 6 a 8 semanas de terapia para aumento das habilidades de atenção; efeito moderado após 12 meses para crescimento expressivo de linguagem, e efeito pequeno após 13 meses para medidas de interação pai-filho. É notável que as intervenções específicas geralmente se concentraram nos resultados relacionados às características específicas do TEA, mas muitas vezes não mediram

as mudanças nos *déficits* fundamentais (ou obtiveram achados não significativos). Em vez disso, concentraram-se em ganhos no funcionamento geral (por exemplo, habilidades cognitivas e / ou adaptativas).

Com base na opinião de especialistas, a partir da revisão e discussão das evidências existentes, os autores concordaram em várias recomendações sumárias destinadas a orientar a prática clínica e futuras pesquisas.

Afirmativas resumidas:

1. As melhores práticas atuais para intervenções para crianças menores de 3 anos com suspeita ou confirmação de TEA devem incluir uma combinação de abordagens comportamentais e de desenvolvimento e começar o mais cedo possível.

Com base nos resultados atuais, os autores apoiam a provisão de intervenções voltadas para os *déficits* específicos de TEA (por exemplo, habilidades de linguagem, atenção conjunta, reciprocidade emocional) para crianças com idade inferior a 3 anos que participam de abordagens comportamentais e de desenvolvimento. As intervenções comportamentais são técnicas baseadas na análise comportamental de antecedentes e consequentes de comportamentos específicos, e utilizam princípios derivados da pesquisa de psicologia experimental para mudar sistematicamente o comportamento. Os modelos desenvolvimentistas de intervenção utilizam a teoria do desenvolvimento para conceber abordagens para atingir os *déficits* de TEA. As abordagens de desenvolvimento incluem, frequentemente, os serviços comunitários, como programas de escolas públicas implementados por especialistas em educação especial e estudiosos da fala e da linguagem. No entanto, a distinção entre estratégias comportamentais e de desenvolvimento pode não ser muito útil, já que muitos programas de intervenção combinam características de ambas as abordagens. De acordo com a Academia Americana de Pediatria, o grupo de trabalho recomendou iniciar intervenções assim que um diagnóstico de TEA for seriamente considerado ou determinado. Dados disponíveis desde 2001 sustentam o fato de que o ensino intensivo precoce e as terapias podem produzir ganhos significativamente maiores no desenvolvimento. Além disso, sugeriu-se que as intervenções iniciadas antes dos 3 anos de idade podem ter um impacto positivo maior do que as iniciadas após a idade de 5 anos.

2. As melhores práticas atuais para crianças menores de 3 anos com suspeita de TEA ou confirmação devem ter envolvimento ativo de famílias e / ou cuidadores como parte da intervenção.

Existe um consenso de que uma intervenção precoce eficaz inclui um componente familiar e / ou cuidador. Para muitos programas de intervenção, essa abordagem significaria o envolvimento dos pais como coterapeutas, como parte da intervenção, com supervisão, treinamento e monitoramento adequados. Especificamente, os pais devem ajudar a estabelecer metas e prioridades para o tratamento de seus filhos, identificar e localizar o apoio necessário para si próprios, e ensinar ou reforçar as novas habilidades de seus filhos em casa e na comunidade. O envolvimento familiar ativo pode ter um impacto positivo no desenvolvimento da criança. O envolvimento dos pais ou cuidadores aumenta a quantidade de tempo de intervenção fornecida à criança, na medida em que as crianças nesta faixa etária provavelmente passarão mais tempo com eles.

Além disso, os pais e cuidadores podem capitalizar os momentos de ensino, à medida que oferecem oportunidades de aprendizagem durante as rotinas diárias, e facilitar a generalização das habilidades aprendidas em todos os ambientes. Nos dois programas abrangentes (desenvolvimentistas e comportamentais) temos provas de eficácia moderada ou alta de pais que foram apoiados por educadores e terapeutas nas intervenções. O conceito de envolvimento dos pais é consistente com as práticas recomendadas que apoiam o trabalho com crianças pequenas em ambientes naturais. Várias intervenções mediadas pelos pais mostraram resultados positivos para os pais e / ou filhos. No entanto, à medida em que essas intervenções podem ser tão eficazes quanto as intervenções mediadas pelo terapeuta (ou são mais eficazes quando adicionadas a serviços infantis abrangentes, ou com a combinação de intervenções terapêuticas), tal fato requer estudos mais aprofundados.

3. As intervenções devem melhorar o progresso do desenvolvimento e também o funcionamento relacionado ao núcleo e características associadas ao TEA, incluindo a comunicação social, a regulação emocional / comportamental e os comportamentos adaptativos.

Muitas intervenções comportamentais para TEA se concentram nos resultados cognitivos, comportamentais e de linguagem, mas as intervenções também precisam abordar os desafios de comunicação social fundamentais para o diagnóstico. A desregulação sensorial, os comportamentos desafiadores e as inabilidades motoras também são comuns em crianças com TEA e devem ser direcionadas por intervenções, quando necessário. Apesar de uma aparente falta de mudança nas medidas padronizadas de sintomas de comunicação social em dois ensaios clínicos randomizados, um crescente corpo de pesquisa descreve os efeitos benéficos que a intervenção precoce tem no desenvolvimento da comunicação e do

funcionamento social. As intervenções direcionadas foram associadas a ganhos em imitação (dois estudos), atenção conjunta (três estudos), envolvimento social (três estudos); ganhos na comunicação social (três estudos); e ao jogo funcional e simbólico (dois estudos). Assim, futuros estudos de intervenção devem abordar e avaliar vários domínios de desenvolvimento como metas de intervenção.

4. Os serviços de intervenção devem considerar as crenças socioculturais, valores e práticas da dinâmica familiar, bem como a capacidade econômica, em termos de provisão de recursos.

O *status* socioeconômico, características familiares e fatores culturais podem apresentar barreiras à provisão de serviços à intervenção. As famílias com *status* socioeconômico mais baixo, provavelmente, terão menos acesso aos serviços. Como os valores e diferenças culturais podem afetar os objetivos e prioridades da família e, em alguns casos, podem levar a mal-entendidos, os clínicos e outros prestadores de serviços devem procurar compreender os valores, crenças e práticas de famílias de diferentes culturas e assimilar esse conhecimento em relação à própria prática no tratamento do Autismo. Os prestadores de serviços podem ser úteis ao monitorar a saúde física e mental da família, bem como a da criança com TEA. Finalmente, o respeito pelas percepções, prioridades e preferências dos membros da família é um importante princípio "centrado na família" que se deve considerar ao trabalhar com crianças no espectro do Autismo e suas necessidades complexas.

5. A pesquisa de intervenção deve incluir participantes de populações socialmente e culturalmente diversas e avaliar fatores familiares que possam afetar a participação, a aceitação e os resultados das abordagens terapêuticas, bem como a vontade de participar de estudos investigativos.

Espera-se que os pais desempenhem um papel proeminente no apoio ao desenvolvimento ideal e, portanto, na oferta do programa de intervenção para seus filhos, particularmente em uma idade muito jovem. Deve-se, portanto, incluir fatores como antecedentes culturais e outras características familiares que possam influenciar a participação em programas de tratamento e resultados de intervenção. Devem ser consideradas a qualidade do envolvimento de um pai, outras responsabilidades e papéis dos pais, e estressores familiares potenciais decorrentes do cumprimento de seu papel em uma intervenção acerca

dos cuidados que uma criança com TEA exige. Os autores sugerem que sejam realizadas pesquisas em culturas diversificadas.

6. Pesquisas futuras devem priorizar estratégias de amostragem bem definidas, projeto rigoroso de investigação, fidelidade na implementação dos procedimentos e medidas significativas dos resultados.

O rigor metodológico dos ensaios de intervenção no TEA tem melhorado. As futuras pesquisas devem identificar características de crianças e famílias que se beneficiariam mais com intervenções específicas, para apoiar uma abordagem mais individualizada, bem como componentes de vários tipos de programas de intervenção multifacetada, para identificar ingredientes críticos. A caracterização completa dos participantes da pesquisa ajudaria a definir o subconjunto de crianças e famílias que se beneficiam mais de abordagens de determinado tipo.

7. Pesquisas são necessárias para determinar os componentes ativos específicos das intervenções efetivas, incluindo, entre outros, o tipo de tratamento fornecido, o agente que as implementam -pai, terapeuta, professor ou combinação-, consistência da prestação de serviços e duração do tratamento em horas por semana.

Sem projetos de estudo adequados para examinar cuidadosamente o efeito de estratégias de intervenção específicas, como tipo de tratamento, duração e agente de intervenção talvez não possamos determinar qual dos elementos potencialmente significativos de um modelo de intervenção seria responsável por mudanças e para quais subgrupos. Com essa informação, os futuros programas de intervenção podem ser refinados.

Intensidade de intervenção

O Conselho Nacional de Pesquisa dos EUA (Estados Unidos da América) recomendou uma intensidade mínima de cinco horas por dia, cinco dias por semana, para intervenções (PAVONE et al, 2004), no entanto, alguns estudos recentes sugeriram a possibilidade de se obter resultados positivos com menos horas de envolvimento direto do terapeuta com crianças pequenas com TEA, particularmente quando os pais estão ativamente envolvidos no processo de tratamento (ROGERS; DAWSON, 2014). Os ganhos em algumas habilidades de comunicação social (por exemplo, jogo, atenção conjunta, imitação) foram demonstrados em alguns estudos quando trabalhados diretamente em intervenções de baixa intensidade (com base em horas por semana ou duração do tratamento). A intensidade da intervenção na "vida

real" pode ser influenciada pelo grau em que os pais estão implementando as estratégias em rotinas naturais ao longo do dia. A eficácia das intervenções também depende da implementação correta de estratégias de tratamento. Para tanto é necessário que se permita aos pais o acesso ao treinamento e ao apoio contínuo.

Conteúdo do tratamento

Um estudo recente em crianças com TEA (LANDA et al., 2011) tentou determinar o valor aditivo da atenção, imitação e interações em uma intervenção quando aplicadas em dois ambientes comportamentais (da terapia e de sala de aula infantil). Outros pesquisadores avaliaram os efeitos aditivos da atenção conjunta ou habilidades de jogo em um programa ABA, mas que não teve como foco essas habilidades. O ensino dessas habilidades aumentou sua ocorrência espontânea e previu maiores ganhos em linguagem, em comparação com as crianças no programa ABA, cujo tratamento não teve foco no jogo e na atenção conjunta. Incorporar metas de ensino de atenção conjunta, jogo e imitação são claramente indicados para programas de intervenção precoce para TEA.

8. A adoção de um conjunto comum de medidas validadas por pesquisa de sintomas de TEA (incluindo, mas não limitando à função cognitiva, comunicação e comportamento adaptativo) que podem ser usados em vários lugares, facilitarão comparações entre estudos de crianças com TEA com idade igual ou menor do que 3 anos.

Algumas habilidades de desenvolvimento precoce podem produzir medidas de "leitura precoce" ou evidenciar sinais de risco, que são importantes para resultados posteriores. Essas medidas de leitura precoce podem incluir atenção conjunta, afetos compartilhados e habilidades de imitação, com a expectativa de que essas tarefas iniciais de desenvolvimento possam prever um melhor funcionamento na cognição posterior, na linguagem e no comportamento adaptativo. As medidas de leitura precoce podem fornecer informações importantes sobre a eficácia das intervenções de curto prazo e também podem oferecer informações sobre ingredientes ativos essenciais para incluir em programas abrangentes de intervenção. Medidas adicionais relacionadas ao impacto que é ter uma criança com TEA na vida da família e estresse parental também seriam importantes.

9. Pesquisas futuras devem examinar a heterogeneidade biológica e comportamental de cada indivíduo

Em qualquer amostra de população, as respostas positivas a uma intervenção podem variar de robustas a extremamente limitadas. Os fatores que subjazem a heterogeneidade - possíveis moderadores das respostas individuais - podem incluir idade no início da intervenção, características do participante (por exemplo, estágio inicial de desenvolvimento da função cognitiva, habilidades linguísticas e pré-verbais, comportamento adaptativo, características socioculturais) e a gravidade dos sintomas. Por mais importante que seja, a crescente apreciação de que o TEA é uma desordem heterogênea, etiológica, biológica e clínica, é altamente provável que subconjuntos específicos de indivíduos com TEA possam responder de forma mais efetiva a intervenções específicas do que outros, talvez com base na etiologia ou em fatores biológicos subjacentes. Assim, há uma necessidade crítica de se começar a identificar subtipos de indivíduos com TEA, compreender a causa de sua desordem, bem como os mecanismos neurobiológicos associados, em cada caso, para poder oferecer intervenções mais direcionadas, dependendo do subtipo.

Uma série de subgrupos genéticos e neurobiológicos já são conhecidos por estarem associados ao TEA. Os grupos mais conhecidos são crianças com síndrome de X frágil, esclerose tuberosa e duplicação 15q. Outros distúrbios genéticos foram identificados como associados a características de TEA, e um crescente número de genes candidatos (aqueles cujas alterações de dosagem podem contribuir para o fenótipo de TEA) estão sendo explorados. Por exemplo, as crianças com TEA e mutações genéticas são mais propensas a terem distúrbios gastrointestinais, aumentando a possibilidade de comorbidades médicas. Portanto, é importante para a pesquisa futura determinar tanto subtipos biológicos como clínicos no espectro do Autismo que, em última instância, podem afetar a eficácia do tratamento e da intervenção.

10. Os prestadores de intervenção devem considerar distúrbios médicos que podem afetar a apresentação clínica de uma criança (especialmente o comportamento), a resposta a uma intervenção, e devem se referir aos prestadores de cuidados de saúde apropriados.

Tornou-se cada vez mais evidente na população com TEA que mudanças no comportamento podem estar associadas a uma condição médica subjacente. Por exemplo, a experiência clínica sugeriu que uma criança com TEA que exiba alterações comportamentais pode estar sofrendo dor ou desconforto devido a um problema médico, como otite média, abscesso dentário ou constipação. Os fatores médicos frequentemente encontrados no TEA

incluem: convulsões, particularmente em crianças que também têm deficiência intelectual grave, *déficit* motor ou uma história familiar de epilepsia; outros sintomas gastrointestinais. As melhores práticas indicariam que um indivíduo com potencial comorbidade médica seja encaminhado para um especialista médico para avaliação, diagnóstico e tratamento adequados. É importante que as pesquisas futuras abordem esses e outros fatores médicos potenciais, como eles podem ser identificados de forma mais confiável (especialmente em indivíduos não-verbais ou hipoverbais) e o efeito que o tratamento dessas condições pode ter sobre o comportamento, a trajetória de desenvolvimento e aprendizagem da criança.

A seguir, no Capítulo 3, descreveremos o método utilizado nesta pesquisa.

3 MÉTODO

3.1 Objetivo geral

Avaliar os efeitos da aplicação de um programa de intervenção precoce, para pais/cuidadores, baseado na abordagem desenvolvimentista, na ocorrência de turnos e modalidade de iniciativas e respostas para crianças com menos de 30 meses de idade, com diagnóstico ou suspeita de Autismo.

3.1.1 Objetivos específicos

- Através de um minicurso, atualizar pediatras sobre conceito de Autismo, identificação precoce e tipos de intervenção, de modo a identificar crianças para este estudo;
- Elaborar e aplicar um programa de intervenção precoce;
- Avaliar os efeitos do programa de intervenção no desempenho dos sujeitos da pesquisa - pais/cuidadores e as crianças.

Com base em trabalhos anteriores (ALDRED et al., 2004; MAHONEY; PERALES, 2003, 2005; GIROLAMETTO, 2006, ARAÚJO, 2012), foi hipotetizado que as crianças desse estudo poderiam expandir a frequência de turnos (iniciativas e respostas de interação) e modalidade de respostas (gestual, vocal/verbal) durante interações com seus pais e terapeutas após o programa de capacitação. Desta forma, foram avaliados os efeitos do programa de capacitação (variável independente), na frequência de turnos e modalidade de respostas da criança (variáveis dependentes).

3.2 Participantes do estudo

Participantes: três crianças (Ana, Izabel e Márcia).

As três participantes, crianças atendidas pelos pediatras, no ambulatório de Seguimento em Pediatria, da Faculdade de Medicina de Campos/ Hospital dos Plantadores de Cana eram:

a) **Ana**, encaminhada aos 08 meses pelo psiquiatra infantil e pelo pediatra da Faculdade de Medicina de Campos, por apresentar atraso motor. Mais especificamente, a menina não era capaz de: rolar, sentar sem apoio, vocalizar, manter contato visual com o interlocutor, atender

quando chamada pelo nome, exibir interesse por brinquedos e interesse em interagir socialmente;

b) **Izabel**, encaminhada aos 18 meses pelo neurologista e pelo pediatra, com diagnóstico de Autismo, apresentando quadro severo;

c) **Márcia**, encaminhada pelo neurologista e pelo pediatra, aos 16 meses, com possibilidade de “Autismo regressivo”, já que, segundo relato da mãe, teve séria perda da linguagem oral, deixando de falar “papai, mamãe, titia...”. Passou a não mais imitar gestos, dar *tchau* e soltar beijo... Tem uma irmã gêmea e outra irmã de 5 anos.

Sobre as mães/cuidadoras:

- Arlete, mãe de Ana: tem 35 anos, mora em outra cidade, na região Norte-Fluminense. Tem o ensino médio completo, é técnica em segurança do trabalho, é solteira. O pai de Ana em 55 anos e é construtor civil. O casal tem mais uma filha, de 12 anos. A renda média da família é de R\$ 4.000,00. Possuem carro e residência própria;
- Marisa mãe de Márcia, tem 34 anos, mora no interior de Campos, tem o Ensino Médio completo. É do lar e, esporadicamente, faz faxina em residências. É casada. O pai de Márcia, que tem 36 anos, é soldador. Possuem mais duas filhas: uma, gêmea com Márcia e outra de 05 anos. Não possuem residência própria, nem automóvel. No momento, o pai encontra-se desempregado, fazendo biscates como pintor de parede. A renda média, familiar, é de R\$ 1.600,00;
- Ivana, Mãe de Izabel: tem 34 anos, mora na periferia da cidade de Campos, tem Ensino Fundamental completo, é faxineira. É separada do marido. O pai de Isabel tem 36 anos. Era motorista de ônibus, mas devido ao alcoolismo, foi despedido do emprego, hoje faz biscates como pedreiro e pintor. Não possuem casa própria, nem carro. O pai atualmente mora em Niterói e não procura as filhas. A família sobrevive com algumas faxinas feitas pela mãe, mais o Benefício de Prestação Continuada, que é o benefício da assistência social no Brasil, prestado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que consiste em disponibilizar renda de um salário-mínimo, mensalmente, para idosos e deficientes que não possam se manter e não possam ser mantidos por suas famílias. Este é recebido em favor de Isabel. (Este benefício foi obtido por intermédio de orientação da pesquisadora, em parceria com estagiários do Curso de Direito de uma Universidade local.) A

renda média da família é de R\$ 1.300,00 mensais.

3.3 As terapeutas

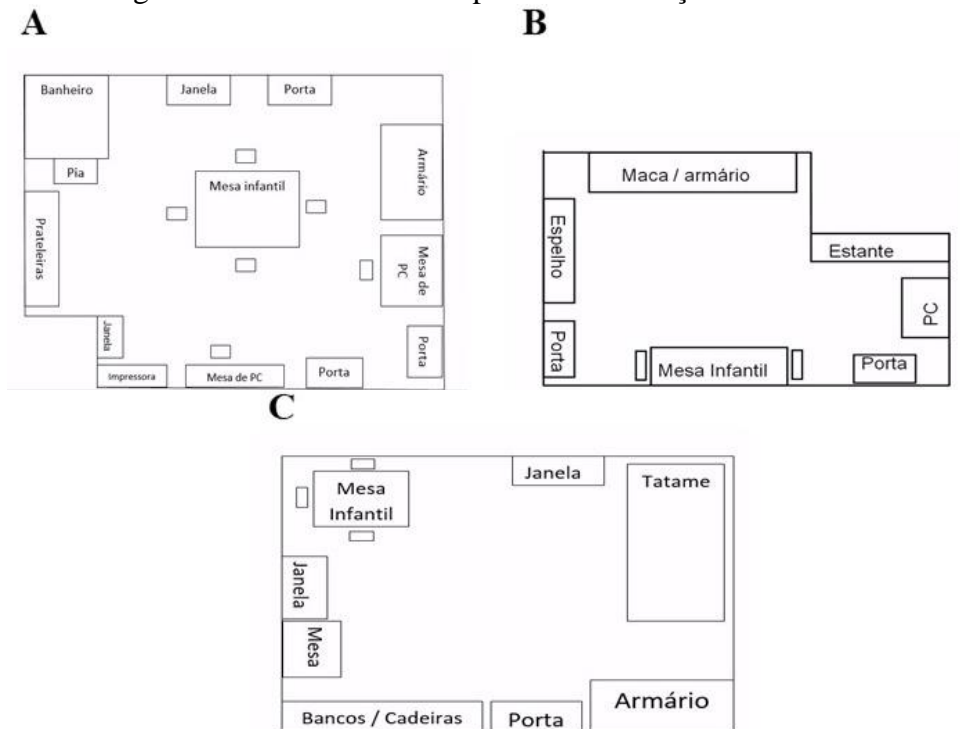
As profissionais, que participaram das intervenções foram uma Terapeuta Ocupacional e uma Pedagoga, que atuam no referido Ambulatório Interdisciplinar da Faculdade de Medicina de Campos/ Hospital dos Plantadores de Cana.

- Mariane, a terapeuta ocupacional estudou na Escola Superior de Ensino Helena Antipoff, no Rio. Tem 27 anos, trabalha há cinco. Tem Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Mental. É servidora concursada das prefeituras de Carapebús e de S. J. da Barra, municípios vizinhos a Campos, onde trabalha na Associação de Orientação e Proteção aos Excepcionais (APOE), e no Ambulatório de Saúde Mental. Trabalha no Ambulatório Interdisciplinar do Hospital dos Plantadores de Cana, há 2 anos. Mariane trabalha com crianças autistas desde que se formou. Tem formação integral em Integração Sensorial, Método *Bobath* e *Knesio Tapping*.
- Fabíola, a outra terapeuta é pedagoga, se formou na Universidade Estácio de Sá, em Campos dos Goytacazes. Morava no Espírito Santo e veio para esta cidade por transferência do marido. Está em Campos há 05 anos. Formou-se há três. Foi estagiária do Serviço, por um ano, e permaneceu como contratada do Hospital dos Plantadores de Cana, como responsável pela Brinquedoteca Hospitalar. Este é seu primeiro emprego como pedagoga. Tem 40 anos e está cursando Pós-Graduação *lato sensu* em Psicopedagogia Clínica e Institucional.

3.4 Local da pesquisa

Esta pesquisa se desenvolveu no Ambulatório Interdisciplinar da Faculdade de Medicina de Campos/ Hospital dos Plantadores de Cana, em Campos dos Goytacazes-RJ. Este Serviço da rede SUS (Sistema Único de Saúde), recebe crianças até 0 (zero) a 07 (sete) anos para tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo. Neste Serviço há uma equipe multidisciplinar, composta por pedagogos, psicopedagogos, fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional. O ambulatório possui três salas para as intervenções (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama das salas utilizadas para as intervenções.



Nota: o ambulatório interdisciplinar I (A) possui 9m² e a mesa infantil é centralizada, já os ambulatórios interdisciplinares II (B) e III (C) possuem 8 e 12 m² respectivamente. Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora (2016).

Todas as salas possuem refrigeração; mesas e cadeiras infantis; computador; *tablet*; brinquedos variados para as diversas faixas etárias; jogos de encaixe, de memória, brinquedos sonoros, luminosos, mesa de atividades e outros; fantasias; tatame; bola *Bobath*; diversos rolos e materiais diversos usados para estimulação sensorial; para desenvolvimento motor e cognitivo (Figura 2).

3.5 Materiais e instrumentos

Para a implementação do protocolo foram utilizados uma filmadora digital Sony (*Manducam*); jogos pedagógicos, brinquedos variados (sonoros, musicais, jogos de encaixe e outros); fantasias; óculos; peruca colorida; “tapete mágico”; material para exploração sensorial e fichas para registro cotidiano das sessões, bem como “diário de campo”.

Os instrumentos de rastreio foram os seguintes: **M-CHAT e ESAT** (ANEXOS A e B).

Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT (*Escala para rastreamento de Autismo modificada*) desenvolvida por Robin DL, Fein D, Barton ML, Green JA, 2001. A M-CHAT é um instrumento de rastreamento precoce de Autismo, que visa identificar indícios desse transtorno em crianças entre 18 e 24 meses, que pode ser utilizada em todas as crianças

durante visitas pediátricas. Os instrumentos de rastreio são úteis para avaliar pessoas que estão aparentemente bem, mas que apresentam alguma doença ou fator de risco para doença, diferentemente daquelas que não apresentam sintomas. A M-CHAT é extremamente simples e não precisa ser administrada por médicos. A resposta aos itens da escala leva em conta as observações dos pais com relação ao comportamento da criança. Essa escala é uma extensão da CHAT, consistindo em 23 questões do tipo sim/não, que deve ser preenchida por pais de crianças de 18 a 24 meses de idade, que sejam ao menos alfabetizados e estejam acompanhando o filho em consulta pediátrica. O formato e os primeiros nove itens do CHAT foram mantidos. As outras 14 questões foram desenvolvidas com base em lista de sintomas frequentemente presentes em crianças com Autismo. Resultados superiores a “3” (falha em 3 itens no total) ou em “2” dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15), após confirmação, justificam uma avaliação formal. Foi traduzida e adaptada para português no Brasil por Mirella Fiuza Losapio e Milena Pereira Pondé em 2008.

Early Screening for Autistic Traits - ESAT: trata-se de um questionário, traduzido no Brasil por Lampréia (2013). É instrumento de fácil aplicação para rastreamento precoce do Autismo, desenvolvido por uma equipe de pesquisadores holandeses, com 14 perguntas, para identificação precoce de sinais de risco de Autismo, podendo ser aplicado por aqueles que trabalham com crianças entre 12 e 24 meses de idade nas áreas de educação e saúde, inclusive pais, de forma a serem sensibilizados e familiarizados com sinais precoces de desvio de desenvolvimento. Três respostas “não” sobre as 14 indicam a necessidade de uma investigação diagnóstica específica.

Figura 2 - Imagens panorâmicas dos Ambulatórios.



Nota: Os Ambulatórios I (A) e II (B) são ambientes decorados para receber as crianças do projeto de pesquisa. Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora (2016).

3.6 Procedimentos gerais

a) Comitê de Ética

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o número CAAE 35454314.4.0000.5282. Todos os cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, incluindo permissão para o uso de filmagens e divulgação dos dados da pesquisa.

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, foi solicitado que bebês (de 06 a 30 meses de idade) fossem encaminhados ao ambulatório interdisciplinar do Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), a partir das consultas da Pediatria e Puericultura realizadas no próprio Hospital. Foram reunidos vinte pediatras do Serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos (FMC) e do Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), na cidade de Campos dos Goytacazes-RJ. Nessa reunião, esse projeto de pesquisa foi apresentado, bem como foi realizada uma capacitação, por solicitação dos pediatras, sobre Transtorno do Espectro do Autismo, já que dependia destes o encaminhamento dos sujeitos para pesquisa.

A partir deste curso breve, algumas crianças foram encaminhadas ao ambulatório interdisciplinar. Destas, três, por morarem distante ou apresentarem outras comorbidades, como Síndrome de Down e Síndrome de Rett, desistiram ou não foram incluídas da pesquisa; três mostraram interesse em participar e se adequavam ao perfil solicitado. Todas apresentavam indicativo de sinais de risco ou já tinham diagnóstico de Autismo, conforme enunciado a seguir.

b) *Curso de capacitação para pediatras e profissionais de saúde*

Foi ofertado um curso de capacitação com o objetivo de promover a atualização de um grupo de pediatras sobre o conceito de Autismo/TEA, sinais e sintomas, favorecendo a identificação dos sinais de risco e consequente intervenção precoce.

O curso contou com 20 pediatras que participaram de três encontros de 03 horas cada, às terças-feiras, das 10h às 13h, realizado em setembro e outubro de 2014. Foi aplicada uma avaliação antes e depois do Curso. (APÊNDICE A) aos participantes. A distribuição dos temas por encontro se encontra no Quadro 1. Após o Curso de Capacitação para Pediatras e Profissionais de Saúde, as crianças foram encaminhadas ao Serviço, sempre por um médico (pediatra, neurologista ou psiquiatra infantil) com suspeita ou diagnóstico afirmativo de Autismo.

Quadro 1 – Distribuição dos conteúdos de ensino e a metodologia abordada em cada encontro.

Encontros	Conteúdos de ensino	Metodologia
1º encontro 09/set	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização no conceito de Autismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de Pré-Teste • Exposição dialogada, utilizando <i>slides</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Bebê e sinais de risco para Autismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de vídeos sobre o tema • Discussão de caso
2º encontro 23/set	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da identificação e intervenção precoces 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dialogada, utilizando <i>slides</i> • Apresentação do Projeto de Pesquisa e perfil das crianças a serem encaminhadas
	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de instrumentos de rastreio (testes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Painel de dúvidas
3º encontro 07/out	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias diversas, de base desenvolvimentista 	<ul style="list-style-type: none"> • Relato de casos e apresentação de vídeos com algumas terapias: fonoaudiológica, psicopedagógica, psicológica, da terapia ocupacional
		<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de Pós-Teste

3.7 Procedimentos específicos

Protocolo para a intervenção precoce à criança com Autismo

O protocolo implementado nessa pesquisa foi desenvolvido em três fases: linha de base, tratamento e *follow-up*.

Fase de linha de base

Foram conduzidas 10 (dez) sessões com os cuidadores, sem nenhuma orientação prévia do pesquisador, com as meninas Izabel e Ana; com a menina Márcia foram conduzidas 05 (cinco) sessões, que tiveram a duração de 40 minutos.

Ao adentrarem o Serviço, as mães foram entrevistadas sobre: gravidez, parto, doenças pré e pós- natais, as doenças que a criança já teve; frequência à creche/escola; local de residência; pessoas com quem a criança mora; por que foi encaminhada ao Serviço; o que a mãe vê de “diferente” em seu filho; se usa ou não medicamentos e quais; como se alimenta;

como brinca; se dorme bem ou não; se brinca com outras crianças; se fala, com que idade começou a falar, dentre outros (O roteiro de entrevista encontra-se no ANEXO E).

A seguir, a criança era estimulada pelo terapeuta a brincar: este propunha brincadeiras e jogos, de forma a conhecê-la. Também foram aplicados testes de rastreio: Chat, M Chat e ESAT; bem como observação sobre o perfil sensorial da criança, com ajuda da família. (Teste –anexo C). A seguir, a criança foi encaminhada às terapias com a terapeuta ocupacional, a psicopedagoga e as cuidadoras.

Nesta fase, as mães/ cuidadoras foram solicitadas a brincar durante 40 minutos, por sessão, com a criança. Ao adentrarem a sala do Ambulatório Interdisciplinar, visualizaram todos os estímulos (brinquedos e materiais existentes), de forma a selecionar os que pretendiam usar em cada sessão. Todas as sessões foram filmadas e o período compreendido entre o sexto e vigésimo primeiro minuto de cada sessão foi analisado, já que os cinco primeiros minutos eram de ambientação.

Foram filmadas 30 (trinta) sessões, entre linha de base e intervenção, para as crianças Ana e Izabel, e 24 (vinte e quatro) sessões para Márcia, porém aconteceram mais doze sessões (total relativo às três crianças) que não foram filmadas, por motivos diversos.

Esta fase foi encerrada após indicação de certa habilidade do cuidador na organização do ambiente, de forma a favorecer a comunicação da criança, por meio da disposição dos brinquedos/objetos dentro do campo visual da criança e fora do seu alcance.

Para cada sessão da linha de base e das duas fases subsequentes, as terapeutas, com os cuidadores, preencheram uma ficha contendo informações sobre participante, data, horário e atendimento (APÊNDICE B).

Fase de intervenção

Nesta fase os cuidadores e terapeutas foram chamados a participar de um Curso de Capacitação com duração de oito horas e de um programa de intervenção aplicado aos pais e cuidadores.

Etapa 1 - Curso de Capacitação I, para pais / cuidadores

O objetivo desse curso foi orientar pais a promover o desenvolvimento das crianças participantes, por meio da oferta de novas situações de aprendizagem., de modo a se tornarem coterapeutas, reproduzindo as orientações recebidas e possibilitando a emissão dos comportamentos adequados em outros contextos. Participaram do curso 18 pais de crianças atendidas no Ambulatório (nestes, estão incluídas as mães das crianças envolvidas na

pesquisa) e 6 terapeutas (dois destes estão envolvidos na pesquisa). O curso foi realizado em junho e julho de 2015 com duração de oito horas, distribuídas por cinco encontros em que, no primeiro, foi aplicada um pré-teste e, no último encontro, um pós-teste.

Estes encontros foram realizados no miniauditório do Hospital dos Plantadores de Cana. Sempre e, com a preocupação de agregar o grupo, abrimos espaços para troca entre os pais e esta pesquisadora. Nestas, os participantes foram dispostos num semicírculo. Começamos com uma dinâmica para descontrair o grupo, na qual cada participante escolhia uma frase e deveria complementá-la em voz alta. Exemplo: “O que o meu filho tem de mais bonito é.....”; “Meu filho gosta de comer.....”; “Estou aqui porque", dentre várias outras. Buscamos trabalhar de forma dinâmica durante todo o Curso e a frequência dos cuidadores às atividades foi de 90%. Nestas oportunidades os pais relataram suas dúvidas, angústias e dificuldades. Usamos também a dinâmica da “caixa de sapatos”, em que perguntas sem identificação (anônimas) são depositadas numa caixa de sapatos. Depois, o professor ou dirigente da atividade as retira uma a uma, lê e responde. Desta forma, constrangimentos são evitados, já que o grupo não sabe quem formulou cada pergunta.

Nesses encontros também foram apresentados *slides* (APÊNDICE G), vídeos ilustrativos e conversas para troca de experiências com os seguintes temas:

- Conceito de Autismo;
- Sinais de risco para Autismo- identificação e intervenção precoces;
- Causas do transtorno;
- Tipos de tratamento: enfoque na abordagem desenvolvimentista;
- Como brincar: a importância da ludicidade para a criança;
- Orientações para cuidados da criança em casa;
- Autismo e inclusão escolar: limites e possibilidades.

Etapa 2 – Programa de intervenção aplicado aos pais e cuidadores

Foram realizadas 15 sessões interventivas com as três crianças, seus cuidadores e as terapeutas. A fase de intervenção sobre a criança dividiu-se em dois procedimentos e teve como objetivo ajudá-la a desenvolver o uso espontâneo de comportamentos pré-verbais, bem como melhorar a interação social das crianças.

Os objetivos dessa intervenção foram:

- Identificar áreas e repertório de comportamentos das crianças a serem desenvolvidos ou comportamentos a serem extintos por meio da análise das

sessões videografadas durante a linha de base e de vídeos caseiros trazidos pelos pais;

- Identificar áreas e repertório de comportamentos dos adultos, no tratamento com a criança autista, que devem ter continuidade ou que precisam ser modificados;
- Possibilitar a troca de informações entre os pais, de forma a auxiliar a dirimir dúvidas de forma a auxiliar no desenvolvimento da criança com Autismo;
- Elaborar um programa individualizado, estimulando o aprendizado de novas habilidades, ampliando os repertórios de potencialidades e reduzindo comportamentos mal adaptativos e disfuncionais, bem como favorecendo interações sociais mais positivas e melhorando a qualidade do padrão de comunicação (Alguns *slides* estão no APÊNDICE F).

Utilizando os vídeos, os pais e terapeutas puderam identificar os principais aspectos a serem observados para implementação das estratégias de ensino ou das respostas da criança, compreendendo o funcionamento de cada uma.

Foram aplicados pré e pós- testes (APÊNDICE B), entretanto a avaliação pós-teste não foi uma avaliação formal e, sim, constou da elaboração conjunta de um Programa de Intervenção Precoce, que se apresenta adiante, visando o estímulo à comunicação e habilidade de imitação, com interações centradas na criança, sempre utilizando atividades lúdicas, de acordo com o estágio de desenvolvimento em que cada uma se encontra, por meio de estratégias naturalísticas de ensino, com o propósito de atrair e manter a atenção da criança, tornando os pais importantes coterapeutas de seus filhos. Consideramos esta a forma mais adequada de avaliar a aprendizagem do grupo, já que precisávamos criar e implementar estratégias de intervenção para as crianças com Autismo.

Dentre as principais áreas de nosso programa de intervenção precoce, foram ressaltadas nestes encontros: comunicação não verbal, verbal e imitação. A literatura da área, apresentada no segundo capítulo deste estudo, identifica melhoras na frequência de turnos (iniciativas e respostas de interação) e na modalidade de respostas (gestual, vocal/verbal) durante interações com seus cuidadores, após programa de capacitação.

Incluímos, no referido programa, os elementos críticos para uma melhor prática nos Programas de Intervenção Precoce destinados a crianças até cinco anos de idade com risco de atraso ou desvio em seu desenvolvimento (LAMPREIA, 2007; NRC, 2001; ARAÚJO, 2012); baseado no perfil individualizado de cada criança (NRC, 2001; THOMPSON, 2011);

centrados no desenvolvimento da atenção (focalizada e sustentada; compartilhada e conjunta); utilização da imitação e uso da linguagem expressiva; emprego de atividades lúdicas/jogo com brinquedos apropriados para favorecer a interação social (NRC, 2001; NUNES; ARAÚJO, 2012); oferecendo apoios aos pais/ cuidadores (GURALNICK, 1998), envolvendo os mesmos como agentes ativos na intervenção (NUNES; ARAÚJO, 2012; MCCONACHIE et al, 2005; NRC, 2001; GREENSPAN; WIEDER, 1999; GURALNICK, 1998; CORREA NETO, 2017).

Nas 15 sessões de intervenção para cada uma das três crianças foram utilizados três procedimentos:

1. Na primeira parte da sessão, com duração total de 20 minutos, em média, foram estruturadas situações pelas terapeutas com as cuidadoras, de modo a propiciar o desenvolvimento das categorias de comunicação inicial das crianças, por meio da intervenção direta da cuidadora sobre ela;
2. Assim, os 20 minutos restantes eram dedicados à intervenção direta da terapeuta sobre a criança, com a mãe apenas observando suas intervenções, para que ela servisse de modelo de como a mãe poderia agir com a criança em seu dia a dia;
3. Terminados os 40 minutos de intervenção, durante mais 10 minutos, a cuidadora era convidada a refletir, com a pesquisadora e a terapeuta, de forma que pudesse corrigir eventuais erros cometidos por ela, orientá-la sobre como proceder nas determinadas situações e incentivá-la a buscar as interações com a sua criança, em casa ou nos demais ambientes de convivência.

Como a abordagem desenvolvimentista prioriza a singularidade de cada criança, as situações foram estruturadas por meio da utilização das deixas da mesma, contextos e/ou situações naturais, por exemplo, uma brincadeira, que fossem adequados ao gosto ou necessidade da criança, a fim de ajudá-la a, espontaneamente, a encontrar um sentido para desenvolver suas habilidades pré-linguísticas, priorizando o ambiente lúdico, para que a criança não se retraísse com as atividades e para que se interessasse pelo o que estava sendo proposto, bem como estabelecesse interação social com o cuidador.

Dentro do programa de capacitação, que foi desenvolvido de acordo com os princípios gerais encontrados em outros programas de intervenção que seguem a abordagem desenvolvimentista, revistos no capítulo anterior, foram ressaltados os objetivos e atividades propostas a seguir, de forma a orientar os pais para o estímulo ao desenvolvimento da atenção

compartilhada, habilidades de comunicação social e sociopragmática, por serem consideradas deficitárias nas pessoas com Autismo (MUNDY et al., 2010; PRIZANT; MAYER, 1993; GIROLAMETTO et al. 2006). As definições das variáveis dependentes referentes ao adulto estão listadas no quadro 2. Várias estratégias de facilitação da interação e comunicação social foram utilizadas (quadro 3), também relevantes para utilização nas intervenções com as crianças.

Quadro 2 – Variáveis referentes às ações/ comportamentos que o adulto deve desempenhar durante as sessões de intervenção

Variáveis
... usar acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança: óculos, perucas...
... usar brinquedos sonoros, coloridos, que emitem som ou luz, ou que são musicais.
... chamar a criança pelo nome diversas vezes.
... ficar em frente do espelho com a criança, ajudar a reconhecer-se pelo nome.
... brincar com a criança, tocá-la, faz cócegas, de forma a estimular o sorriso responsivo.
... deixar a criança começar uma brincadeira.
... fazer um comentário engraçado ou elogioso para que a criança o olhe e volte a brincar.
... fazer imitações parecidas com as da criança, repetir sons, vocalizar sílabas.
... estimular a imitação. Exemplo: tocar o pianinho e estimular que a criança o faça, montar cubos e pedir que a criança o ajude; soltar beijos, dar <i>tchau</i> , dar comida na boca da boneca, etc; alternar turnos com a criança.
... usar músicas infantis.
... estimular a imitação dos gestos, a partir das músicas.

Quadro 3 – Pontos de ação e estratégias que podem ser utilizadas para facilitar a interação e a comunicação social entre os cuidadores e as crianças.

Estratégias	Orientação
Preparar o ambiente	Organizar, selecionar, objetos, jogos, brinquedos ou outros (uso de pincéis, tintas, massa plástica)
Interpretar as ações ou vocalizações das crianças como significativas	Nomear, apontar, demonstrar.
Imitar	Imitar as ações ou vocalizações da criança (ex. se a criança faz uma careta, fazer para ela e sorrir bastante). Seguir as iniciativas, imitando-a.
Ficar atento aos desinteresses da criança	Interromper quando a criança não se engajar ou desenvolver comportamentos repetitivos e/ou inadequados (morder/beliscar/bater a cabeça), sutilmente desviar sua atenção para outra atividade.
Preparar estratégias de orientação	Ouvir, esperar e observar. Dar tempo para a criança; repetindo, partilhando a atividade, utilizando um a um a sua vez alternadamente, com elogios sinceros (reforços positivos).
Facilitar a interação com a criança	Criar atividades interativas divertidas priorizando o prazer da criança. Ex.: iniciar e pausar para esperar uma resposta, incentivar a criança a iniciar um jogo, brincadeiras com “gente”.
Criar e utilizar rotinas estruturadas e premeditadas	Usar rotinas estruturadas e premeditadas; preparar o ambiente previamente; escolher brinquedos; planejar a ação; elaborar objetivos (metas) e definir os materiais que serão utilizados. Organizar o ambiente de forma que os brinquedos estejam visíveis à criança de acordo com sua faixa etária.
Utilizar a comunicação e a linguagem (não-verbal e verbal)	Interpretar as ações da criança, rotular, expandir (expansões verbais e não verbais). Valorizar todos os esforços de comunicação (palavras, gestos ou sons), a fim de incentivar futuras tentativas.

Fonte: adaptado de Araújo, 2012.

Fase de *follow-up*

Esta fase ocorreu quarenta dias após o término da intervenção, com cinco sessões para as crianças Ana e Izabel e quatro sessões para Márcia, de forma a constatarmos a manutenção das respostas dos participantes, sem a presença da pesquisadora. Após, foi realizada uma entrevista, filmada e transcrita, com cuidadoras e terapeutas, de forma a exporem e avaliarmos os avanços de cada criança.

3.8 Delineamento da pesquisa

Segundo Nunes Sobrinho (2001), Nunes e Walter (2014), trata-se de pesquisa quase experimental, intrassujeitos, do tipo AB - linha de base, tratamento e *follow-up*-. Neste tipo de pesquisa, o desempenho de cada sujeito é avaliado em relação a ele mesmo, não comparativamente com os demais. Um único participante poderá ser avaliado diversas vezes no decorrer do estudo, em vários aspectos diferentes e o nível de desempenho do participante é comparado com ele mesmo sob diversas condições experimentais. Estudos com esse tipo de delineamento podem ocorrer em três fases: linha de base (pré-teste), tratamento (intervenção) e medição (pós-teste). A análise e interpretação dos dados, também ocorreu de forma qualitativa. A combinação de métodos qualitativos e quantitativos pode ser utilizada visando compensar a fragilidade de ambos (NUNES; WALTER, 2004).

As variáveis desse estudo foram:

- Variável independente: oferta de programa de capacitação para pais/cuidadores.
- Variáveis dependentes: desempenho dos pais / cuidadores na interação com as crianças, a saber:
 - usar acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança: óculos, perucas...;
 - usar brinquedos sonoros, coloridos, que emitem som ou luz, ou que são musicais;
 - chamar a criança pelo nome diversas vezes;
 - ficar em frente do espelho com a criança, ajudar a reconhecer-se pelo nome;
 - brincar com a criança, tocá-la, fazer cócegas, de forma a estimular o sorriso responsivo;

- deixar a criança começar uma brincadeira;
- fazer um comentário engraçado ou elogioso para que a criança o olhe e volte a brincar;
- fazer imitações parecidas com as da criança, repetir sons, vocalizar sílabas;
- estimular a imitação. Exemplo: tocar o pianinho e estimular que a criança o faça, montar cubos e pedir que a criança o ajude; soltar beijos, dar *tchau*, dar comida na boca da boneca, etc; alternar turnos com a criança;
- usar músicas infantis;
- a partir de músicas, estimular a imitação dos gestos

Num segundo momento, o uso de estratégias aprendidas durante a capacitação, pelos pais/cuidadores funcionaram como variável independente e a resposta das crianças como variável dependente:

- Variável independente: desempenho dos pais e terapeutas.
- Variável dependente (comportamento-alvo): iniciativas de interação e respostas das crianças. (Quadro 4)

Além disso, as estimativas de magnitude de efeito foram calculadas utilizando o método *non overlap* de todos os pares e Tau-U. Tau-U é uma medida de efeito para uso em estudos de caso único. A fim de estimar a magnitude do efeito da intervenção em cada caso, foi utilizada calculadora Tau-U para as análises não paramétricas (VANNEST, K.J.; PARKER, R.I.; GONEN, O; ADIGUZEL, 2016). A análise Tau-U é uma abordagem estatística derivada da correlação de Kendall Rank e do teste Mann-Whitney-U. Devido a sua sensibilidade em detectar variações entre fases, esse método é recomendado para estudos de caso único em que se deseja comparar duas fases A e B, utilizando todos os dados de cada fase. Quando o Tau-U da base se apresentava maior que 0,2 a base foi corrigida (*correct baseline*) para a comparação com a intervenção (PARKER et al., 2011).

Quadro 4 – Iniciativas de interação e respostas das crianças

	Respostas da criança
Iniciar Interação	Quando a criança inicia uma interação espontaneamente. A interação não deve ser codificada quando a cuidadora claramente pede a interação verbal, física ou não; ou quando é uma resposta da criança a uma clara solicitação, pergunta ou correção da cuidadora. As iniciativas de interação deverão ser dirigidas à cuidadora.
Respostas à iniciativa do outro	Toda e qualquer manifestação gestual ou verbal da criança em seguida a alguma ação da cuidadora (solicitação, comentário, espera etc.), tais como: expressões faciais: olhares, balbucios, empurrar com a mão, entregar algum objeto, fazer carinho, sorrisos, entre outros.
Modalidades de Respostas	Vocalizações – consideraram-se os sons, gemidos, murmúrios, balbucios, vocábulos não inteligíveis ou palavras simples (mesmo que, devido ao contexto, possam ser compreendidos: Exemplo: ca (cachorro) ou não identificado (ex: teeeeeee), ou palavras completas.
Olhar	Utilização do direcionamento do olhar como forma de iniciar ou responder a uma comunicação;
Expressão Facial	Ação de modificação da expressão facial do sujeito, iniciando ou respondendo a uma manifestação comunicativa: uso do sorriso, expressão de zangado, levantar de sobrancelhas; caretas, morder a língua;
Contato Corporal	Ação expressa contato corporal do sujeito com o interlocutor, como resposta a uma manifestação comunicativa (carinhos: pegar na mão, alisar os cabelos, encostar-se);
Outros	Ação de resposta gestual inadequada: morder, beliscar, ou bater a cabeça na parede. Essa modalidade foi incluída após perceber-se como predominante durante etapa da linha de base. Verbal + Gestual – utilização associada de duas ou mais ações simultâneas de modalidades diferentes, expressadas pelos sujeitos na busca de estabelecer uma interação (fala e gestos conciliados: a criança aponta para o cachorro e emite o som “au.”).

Fonte: Adaptado de Nunes (2000), Danelon (2009) e Gomes (2011) apud Araújo (2012).

3.9 Registro e análise dos dados

Para o registro de todos os dados foram utilizadas três fichas:

- uma de registro para avaliação e controle do programa, de forma que fosse marcada em cada sessão a ocorrência de cada comportamento ao longo dos minutos 06 a 21, tanto da linha de base, da intervenção e do *follow-up*. Os seguintes comportamentos foram registrados: iniciativa do adulto, modalidade da iniciativa (verbal, gestual, verbal+gestual), resposta do adulto ou da criança, modalidade da resposta (verbal, gestual, verbal+gestual), bem como categorias: imitação; respeito à alternância de turno; (APÊNDICE C);
- uma segunda ficha para fazer o cômputo geral ou síntese das interações e respostas da criança; (APÊNDICE D);
- outra terceira ficha para registrar se os itens do Programa de Intervenção Aplicado aos Pais e Cuidadores (adultos) foram utilizados na linha de base, na intervenção e no *follow-up*; (APÊNDICE E);
- todas as sessões da criança com o cuidador foram videografadas, transcritos os primeiros 25 (vinte e cinco) e analisados os minutos 6-21 (seis a vinte e um), já que os 5 (cinco) minutos iniciais eram de ambientação da criança;

e) “diário de campo” para anotação de aspectos relevantes das sessões ou situações relatadas pelos cuidadores e profissionais.

3.10 Cálculo da fidedignidade

Antes de iniciar as sessões de Linha de Base, uma aluna do Curso de Pedagogia, da UERJ e uma pedagoga foram capacitadas para categorizar os dados videografados. As duas assistentes de pesquisa, com uso das planilhas em anexo, pontuaram as interações nas díades mãe-criança, bem como as iniciativas de interação e respostas das crianças e comportamento dos cuidadores antes e após curso de capacitação. As assistentes de pesquisa desconheciam os objetivos do estudo e não estabeleceram qualquer contato entre si.

Na capacitação das assistentes, a princípio, foram discutidas as estratégias empregadas pelas cuidadoras. Posteriormente as assistentes foram capacitadas a categorizar as sessões iniciais com díades criança-cuidadora. A capacitação foi considerada concluída quando o índice de concordância, para cada variável analisada, atingiu 75%, em 3 sessões consecutivas, de forma que, sendo este valor estabelecido por critérios estatísticos, se garantisse a confiabilidade dos registros.

As seguintes variáveis foram mensuradas: estratégias interventivas empregadas pelos cuidadores e terapeutas durante a interação com a criança e as respostas comunicativas das crianças durante a interação com cuidadores e com cada profissional. Todas as sessões foram categorizadas pelas assistentes de pesquisa. A pesquisadora codificou 25% das sessões experimentais de cada fase para avaliar o grau de acordo entre os observadores em relação às categorias comportamentais analisadas. Para averiguar a confiabilidade dos registros obtidos, foi utilizada a fórmula índice de concordância, proposta por Fagundes (2011): “*número de acordo de respostas dividido pela soma dos acordos e desacordos multiplicados por 100*”, na qual as categorias de análise são consideradas fidedignas se obtiveram índice de concordância igual ou superior a 75%.

Familiarizadas com os procedimentos da pesquisa, as assistentes pontuaram as 84 sessões experimentais, compreendendo a linha de base, intervenção e o *follow-up*.

Os índices de fidedignidade gerais e por estudo, separadamente: Izabel, Ana e Márcia encontram-se no apêndice I.

4 RESULTADOS

4.1 Estudo de Caso 1 – Izabel

4.1.1 História familiar

A menina Izabel iniciou o tratamento aos 18 meses de idade, com diagnóstico de Autismo severo. Foi encaminhada para a pesquisa pelo pediatra e pelo neurologista infantil. Tratava-se de criança que não saía do colo da mãe, chorava intensamente, o tempo todo, apresentava desinteresse por todos os brinquedos ou estímulos, não falava, não se interessava por outras crianças, não apresentava noção de perigo, se jogava ao chão quando contrariada, agredia frequentemente outras crianças, apresentava estereotípias e se masturbava. Na Creche “não aprendia”, não demonstrar interesse pelo que era ensinado, e permanecia no pátio na maior parte do tempo, segundo relato da mãe. Fazia uso dos medicamentos Risperidona¹ e Neoleptil gotas².

A mãe relata ter percebido que a filha era “diferente” em torno dos 12 meses de idade, principalmente por esta não vocalizar nada, chorar intensamente e puxá-la pelo braço quando desejava algo, não beijar ou abraçar e, muitas vezes, esboçar um “sorriso” sem razão. Izabel era, segundo a mãe, bem diferente de sua filha mais velha. A mãe encontrava-se emocionalmente muito fragilizada, com constantes crises de choro.

4.1.2 Perfil de Izabel

Mariane, a terapeuta ocupacional, fez o teste para identificação do perfil sensorial da menina. Após aplicação dos instrumentos M-CHAT, ESAT e SPM- *Sensory Processing Measure* (EKER e cols, 2010), ficaram mais claras as dificuldades de Izabel. Ambos os testes mostraram resultados significativos de grande risco para Autismo.

O pediatra da menina relatou à pesquisadora que, após aplicação do teste Denver 2 (usado na rotina pediátrica, para avaliação do desenvolvimento, identificou considerável atraso cognitivo na menina).

¹ Antipsicótico atípico potente, usado mais frequentemente no tratamento de psicoses delirantes, incluindo-se a esquizofrenia. Porém a *risperidona*, como os demais antipsicóticos atípicos, é também utilizada para tratar algumas formas de transtorno bipolar

² Antipsicótico neuroléptico, fenotiazínico. Os antipsicóticos neurolépticos possuem propriedades antidopaminérgicas).

Além dos comprometimentos na interação social e na comunicação, e problemas no processamento sensorial, o teste SPM demonstrou dificuldades de integração e resposta aos estímulos sensoriais, que têm sido descritas como características do Transtorno do Espectro do Autismo. As estimativas atuais mostram que 45% a 96% das crianças, como Izabel, apresentam uma desmodulação sensorial (SCHALF e cols, 2014). Izabel, aparentou ser hipossensível a estímulos sensoriais, ou seja, é pouco sensível e necessita de uma maior intensidade de estímulo para que este seja percebido. Como exemplo, algumas crianças buscam a sensação de intensa pressão ao serem massageadas ou ao serem firmemente enroladas em pesados cobertores, como ocorreu com a menina (SCHALF e cols., 2014).

Izabel, quando iniciou o tratamento, permaneceu por vários dias sem entrar na sala de atendimentos, mesmo com a mãe. A menina se recusava e chorava muito. Jamais a sorriu nesta fase. A tentativa de intervenção (acolhimento) era realizada no corredor do hospital. Izabel estabeleceu grande empatia com a terapeuta ocupacional. Foram realizadas três reuniões com a mãe, a terapeuta ocupacional, a pedagoga e o pediatra da menina, de forma a conhecermos melhor seu quadro clínico.

Durante uma sessão a terapeuta segurava, ocasionalmente, um aparelho vibrador profissional, usado por fisioterapeutas e que emite vibração e uma luz vermelha. A menina olhou para o mesmo, demonstrando interesse pela luz e pelo barulho emitidos. Essa foi a primeira vez que a menina permitiu aproximação, depois de alguns encontros, anteriores à fase de linha de base, apenas para ambientação da criança. A terapeuta tentou “massageá-la” com este vibrador. A menina gostou do artefato, então este foi usado para massagear a mãe, a irmã, a ela própria por várias vezes. A massagem transformou-se numa brincadeira. Ao acabar, ela olhava para a terapeuta e procurava o massagador (*Massageador com Infravermelho - G-Life LG500B*). A terapeuta passou a escondê-lo, para ver se ela procurava. Não, não o procurava. Logo desistia... Ressalto que esta “aproximação” ocorria no corredor do hospital, em frente às salas de atendimento. Depois de vários dias massageando-a no corredor do hospital e mostrando os brinquedos existentes na nossa sala, aceitou entrar com a mãe e com a irmã, que é um ano mais velha do que ela, e apresenta desenvolvimento típico. Após mostrar os jogos e brinquedos, pedi que a mãe brincasse com Izabel, como brinca em casa, sem nenhuma orientação minha. Apenas mostrei os brinquedos à mãe e perguntei do que ela gostava de brincar. A mãe respondeu-me:

... gosta de girar rodas de bicicleta e brinca com barbantes e cadarços de tênis. Passa maior parte do dia dentro de um guarda-roupa, em seu quarto, ou diante da televisão, assistindo vídeos de animações. Nos intervalos comerciais corre pelo quintal da

casa. Não brinca com nenhum brinquedo, nem com a irmã ou primos que moram próximos. (mãe de Izabel)

Seu repertório de interesses era bastante limitado. Izabel não falava e se comunicava muito pouco.

Nos primeiros dias, apesar dos vários brinquedos e brincadeiras propostas, Izabel permaneceu toda a sessão de 30 minutos no colo da mãe, parada, sem se interessar por nenhum dos brinquedos oferecidos (pianinho colorido; *Peppa Pig*; telefone, livros infantis, jogos de encaixe...) e chorando. A mãe demonstrou desconforto e inquietação, mas, ao mesmo tempo, dizia que queria muito ajudar a filha a melhorar:

...não sei mais o que fazer com esta criança. Me sinto muito cansada...sou eu sozinha para tudo...; ela não aceita ficar com ninguém, nem com minha irmã gêmea... (mãe de Izabel, ao iniciar o tratamento).

Depois deste dia, após conversar e explicar o propósito desta pesquisa, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comecei as sessões de linha de base com a menina. Foram feitas duas sessões, a menina adoeceu, foi internada. Depois, mudou-se para Niterói, retornando a Campos em abril de 2015, quando efetivamente foi iniciada a pesquisa com ela. Também fiz contato com a neurologista que cuida de Izabel. Conversamos bastante e esta se mostrou preocupada, sempre reforçando a gravidade do quadro, bem como os problemas familiares da menina.

Na linha de base foram realizadas 10 sessões de aproximadamente quarenta minutos cada. Com ajuda de uma assistente de pesquisa, filmamos os vinte e cinco minutos iniciais, desprezamos os cinco primeiros minutos e analisamos o intervalo compreendido entre os minutos 6 a 21 de cada vídeo, registrados em formulários em anexo (APÊNDICE C). Depois, foram realizadas quinze sessões de intervenção, com a participação da cuidadora e terapeuta e 05 sessões de *follow-up*.

A mãe, na fase de intervenção, se mostrou muito interessada em participar do Curso e foi assídua ao mesmo. Em praticamente todos os dias de atendimento a Isabel, conversei com a mãe sobre as dificuldades e avanços da menina. Inclusive, a encaminhei para o tratamento com um alergista infantil, por apresentar alergia a determinados alimentos, o que poderia estar dificultando ainda mais a relação da menina com as pessoas e ambiente. Conversamos muitas vezes sobre a Creche, a professora me mandou alguns vídeos. Deixei um celular com a mãe, para que filmasse a menina em situações do cotidiano, mas a mãe fez apenas três vídeos, por ter encontrado dificuldade na execução deste pedido. Por telefone a orientei algumas vezes, bem como à professora, e me coloquei ao dispor para ir à Escola, mas esta disse que a menina

estava evoluindo bem e que, no momento, minha presença não era necessária. Como a menina estuda com bolsa de estudos, numa escola particular, creio que a professora não tenha se sentido à vontade para me levar à escola. Disse que ela poderia vir até mim, para conversarmos pessoalmente, mas isto não ocorreu.

Durante o Curso de Capacitação, entrevistas com a mãe e análise dos vídeos de linha de base, chamou a atenção o fato de a mãe não saber brincar com a filha e mostrar-se pouco à vontade quando solicitada para tal. Sabendo das dificuldades financeiras da família, comprei alguns brinquedos e ofertei para que fossem levados para casa. Em especial, a menina mostrou interesse por empilhar copos e cubos. Nos encontros, enfatizei muito a importância da brincadeira lúdica na infância (simbólica) e o como brincar com a criança. Fiz uma “oficina” com o objetivo de ensinar a mãe a brincar. Foram utilizados sucata, papéis, tintas, caixas de papelão, isopor, farinha, bolas de soprar. A terapeuta foi orientada sobre a importância da “imitação” e da “atenção compartilhada” como precursores da linguagem e marcos do desenvolvimento infantil, bem como de estimular a “permanência do objeto”, ensinando brincadeiras de “escondeu-achou”. Desta oficina participaram também as mães das duas outras meninas participantes da pesquisa (Ana e Márcia).

Nos encontros para análise dos dez vídeos de linha de base estavam presentes: eu, duas profissionais e a mãe de Izabel. Nesses encontros conversamos sobre os aspectos que precisavam ser trabalhados com Izabel nas intervenções, como:

- dificuldade sensorial, necessidade do toque mais profundo; uso de colete de peso e outros;
- uso do brincar como forma de intervenção;
- necessidade de arrumação do ambiente e seleção de brinquedos;
- importância do envolvimento da família;
- reforço às tentativas da criança;
- utilização do afeto positivo;
- permissão de escolhas à menina;
- uso de imitação;
- necessidade de pais e terapeutas aprenderem a brincar;
- necessidade de melhorar a comunicação

4.1.3 Programa de Intervenção Precoce Elaborado para Izabel

A partir destes tópicos e outros discutidos no Curso de Capacitação, já apresentados no Capítulo 3, propus a criação conjunta de um Programa de Intervenção, individualizado, para Izabel, que está apresentado a seguir, tendo como meta principal, em relação à menina, a

promoção da linguagem e das habilidades de comunicação funcional em contextos sociais naturais. Isso se faz através da construção da intencionalidade, da alternância de turno, da atenção compartilhada e das habilidades de iniciativa. Um outro meio consiste em expandir o repertório das funções comunicativas em vários contextos naturais (MIRENDA; ERICKSON, 2000; PRIZANT et al., 2000).

A abordagem naturalística do ensino (CUNHA, 1992; NUNES, 1997) é um modelo de intervenção em linguagem que busca por práticas adequadas ao nível de desenvolvimento da criança e em oportunidades naturais de aprendizagem (casa, escola, etc.). Quaisquer outros espaços de convivência social nos quais a criança esteja inserida são considerados ambientes propícios ao ensino da linguagem e da comunicação e, portanto, devem ser considerados na intervenção.

Para Izabel, Ana e Márcia foram usadas estratégias de ensino procedentes da referida abordagem, que buscam propiciar o processo de aquisição da linguagem: a) o arranjo ambiental, que provoca a intenção comunicativa ao expor um objeto de desejo da criança sem deixá-lo ao seu alcance; b) o modelo dirigido à criança, que com alternância de turnos, ou seja, estimulando imitações, busca a sua solicitação verbalmente e fazendo referências ao objeto desejado; c) o mando, que consiste numa série de passos, sendo eles, consecutivamente: direcionar a atenção da criança por meio de diversos objetos que ela deseja, estabelecer comunicação verbal e, não obtendo respostas mínimas, apresentar um modelo para que ela imite, de forma a reforçar esta imitação com comentários engraçados ou elogiosos; d) a espera, que objetiva fomentar a intenção comunicativa pelo contato visual com o experimentador e exposição de objeto almejado pela criança, e, então, reforçar sua resposta operante através de elogios.

Em relação à eficácia desse tipo de abordagem, identificamos que, em uma avaliação de programas de intervenção dirigidos para populações com Autismo, o uso das Estratégias Naturalísticas de Ensino (ENE) foi categorizado como uma prática cientificamente válida (NATIONAL AUTISM CENTER, 2013).

Desta forma, a partir dos instrumentos de avaliação aplicados (M CHAT, ESAT), da identificação do perfil sensorial da criança, fundamentação nas abordagens naturalística e desenvolvimentista, elaboramos os objetivos e estratégias de ensino para Izabel que estão descritos de forma detalhada no quadro 5. No quadro 6 há um exemplo, sintético, de uma das sessões de Izabel.

Quadro 5 – Objetivos e estratégias utilizados para aumentar atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da Izabel

OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
Estabelecer contato visual com o adulto	O adulto usa acessórios divertidos (óculos, chapéus...), brincadeiras de “esconde-esconde”, “serra-serra”, de forma que a criança olhe para o adulto. O adulto deve abaixar-se até a altura da criança, dizer seu nome, olhá-la nos olhos, antes de dizer seu nome.
Estimular atenção visual e auditiva	O adulto usa de brinquedos luminosos e sonoros, para que a criança olhe para os mesmos. O adulto usa objetos de alto contraste (preto, branco e amarelo) para estimular a atenção visual; colocar sentado no colo frente a frente, de forma a olhar p o rosto do adulto. O adulto mostra objetos que interessem à criança, aproximando-os de seu rosto. O adulto ensina à criança a função e o manuseio de cada objeto, de forma divertida, aproveitando o seu foco de interesse.
Desenvolver orientação para o nome	O adulto chama pelo nome da criança repetidas vezes durante a sessão, para que a criança olhe para ele.
Estimular o sorriso responsivo	O adulto brinca com a criança, a elogia, chamada pelo nome, esperando que esta sorria.
Favorecer o engajamento compartilhado	Dado um brinquedo, enquanto a criança brinca, o adulto chama pela criança ou faz algum comentário lúdico (engraçado), para que olhe para o terapeuta e depois volte a olhar o objeto.
Favorecer a alternância de turno e comportamento antecipatório	O adulto pausa sua imitação ao invés de fazê-la simultaneamente à ação da criança, aguardando que ela continue a ação a seu turno; se a criança está fazendo uma torre, acrescentar um bloco, dizer: “minha vez”, “sua vez”.
Estimular interações contingentes	O adulto faz imitações parecidas, mas não exatas às ações da criança. O adulto, diante de qualquer intenção comunicativa da criança, estimula a criança a se expressar e a elogia por isso.
Desenvolver comportamentos imitativos	O adulto solta beijo, dá tchau... e estimula a criança a repeti-lo; faz imitação de gestos em músicas, brincadeiras, reproduz som dos animais, fazer careta em frente ao espelho.
Procurar objetos escondidos (permanência do objeto)	O adulto mostra o objeto e depois o esconde, de forma que a criança possa procurá-lo.
Estimular a independência	O adulto evita ficar com a criança no colo, permitir que se alimente sozinha, tome banho só (utilizando apenas comandos verbais)

Quadro 6 – Síntese de uma sessão de Izabel

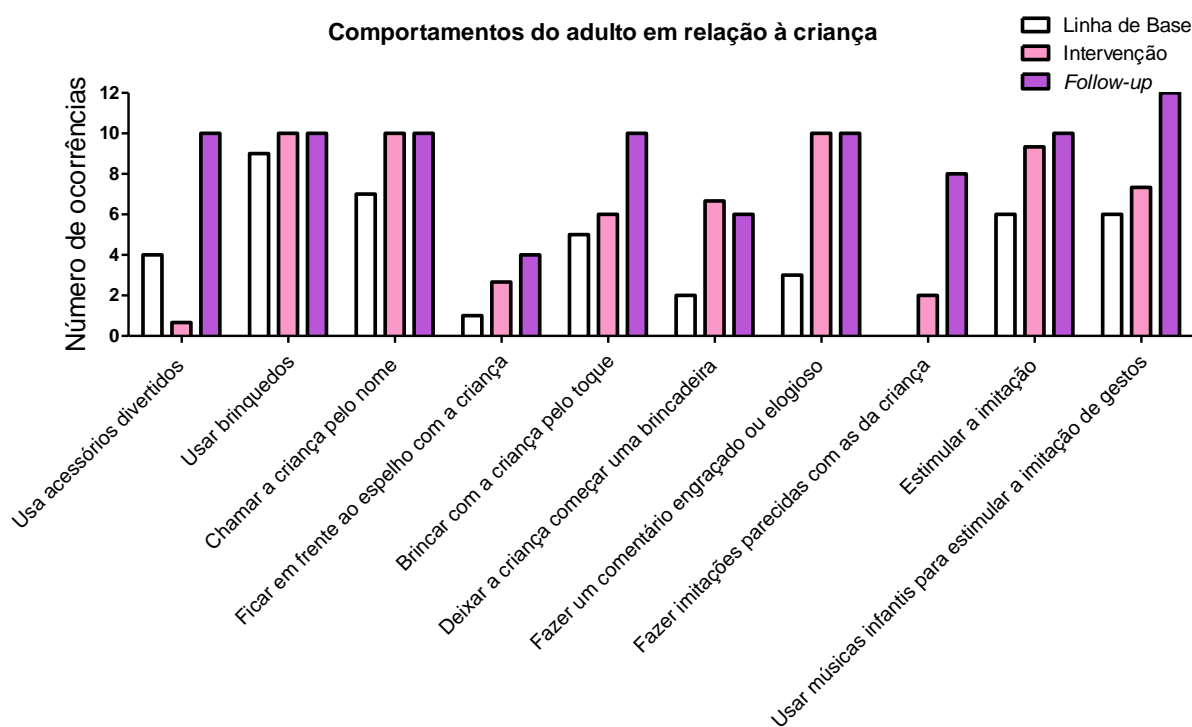
Objetivos (s)	Momento	Local	Atividade
Estimular a imitação e o contato ocular	Momento 1- chegada da criança	Na porta do ambulatório	Imitação motora: “joia”
Favorecer a alternância de turno e comportamento antecipatório; estimular a independência.	Momento 2	No chão – tapete emborrachado	Retirada dos sapatos
Aumentar o contato ocular	Momento 3	No chão – tapete emborrachado	O cuidador coloca óculos coloridos, olha para a criança, a chama pelo nome, apanha os cubos e oferece à menina, para empilhar.
Aumentar a interação; obedecer a comandos	Momento 4	Na mesinha	O cuidador coloca a música do “Pintinho Amarelinho”, faz gestos, repete estimulando que a criança os repita. Elogia as tentativas de imitação. O cuidador pausa a imitação, esperando que a criança o faça...
Aumentar a atenção compartilhada	Momento 5	Andando pela sala;	O cuidador permite que a criança aponte para um brinquedo e o escolha. De posse da boneca, o cuidador ensina a brincar de forma funcional: dar comidinha, trocar a roupa da mesma...
Aumentar a imitação de gestos; desenvolver orientação para o nome	Momento 6	Na frente do espelho	O cuidador fala o nome da criança, aponta para ela, diz “acabou”, dá um beijo e faz “tchau” com a mão; dá os sapatos para que a menina os coloque (com ajuda) e a conduz até a porta.

4.1.4 Efeitos da intervenção nas iniciativas de interação, respostas e modalidades de respostas no cuidador e na criança

a) No cuidador

Em cada sessão, a cuidadora poderia utilizar um ou mais comportamentos/ estratégias, dentre os que foram orientados. Entretanto, a mesma apresentou preferência pelo uso de alguns, a seguir: (Figura 3).

Figura 3– Número total estimado de ocorrências de comportamentos da cuidadora de Izabel de atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da criança nas fases de linha de base, intervenção e follow-up.



A figura 3 revela que todos os comportamentos da cuidadora, visando a estimulação social e comunicativa de Izabel, aumentaram sistematicamente nas fases de intervenção e *follow-up*, comparativamente à fase de linha de base.

Na tabela 1 são apresentados os dados do Tau-U acerca dos comportamentos/ estratégias utilizadas pelo cuidador, nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base.

Tabela 1– Dados do Tau-U acerca do emprego de cada estratégia de ensino nas sessões de intervenção. Nota: Diferença estatisticamente significativa, corte em $p < 0,05$

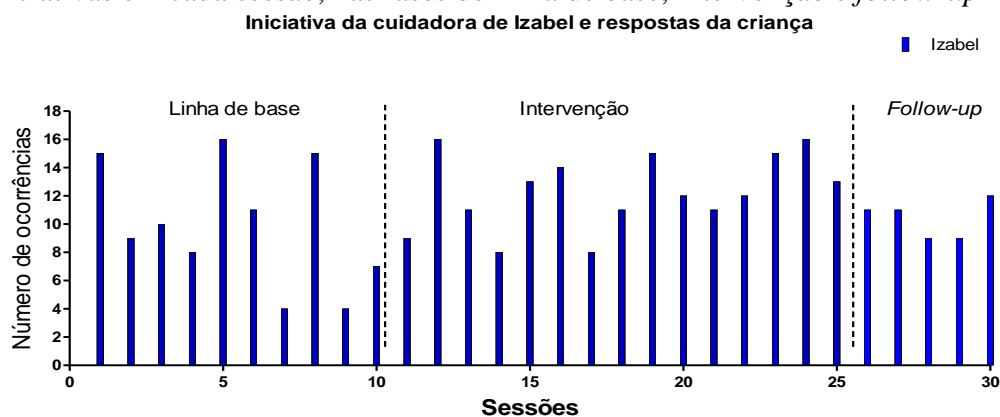
Estratégias de ensino	Izabel	
	p	TAU-U
Usa acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança	0,1655	-0,3333
Usa brinquedos sonoros	0,6774	0,1000
Chama a criança pelo nome	0,2120	0,3000
Fica em frente ao espelho com a criança, ajuda a reconhecer-se pelo nome	0,4881	0,1667
Brinca com a criança pelo toque, estimulando o sorriso responsivo	0,6774	0,1000
Deixa a criança começar uma brincadeira	0,0522	0,4667
Faz um comentário engraçado ou elogioso para que a criança volte a brincar	0,0036*	0,7000
Faz imitações, repete sons, parecidas com as da criança	0,4054	0,2000
Estimula a imitação, alternando turnos	0,1655	0,3333
Usa músicas infantis	0,6774	0,1000
A partir das músicas , estimula a imitação dos gestos	0,8897	0,0333

O teste estatístico mostra um forte efeito do Curso de Capacitação para Cuidadoras no comportamento de fazer comentários engraçados ou elogiosos para que a criança voltasse a brincar e um efeito relativamente fraco quanto ao comportamento de deixar a criança começar uma brincadeira. Não houve, todavia, diferença estatisticamente significativa quanto às demais variáveis.

b) Na criança

Na figura 4 está apresentado o número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Izabel a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

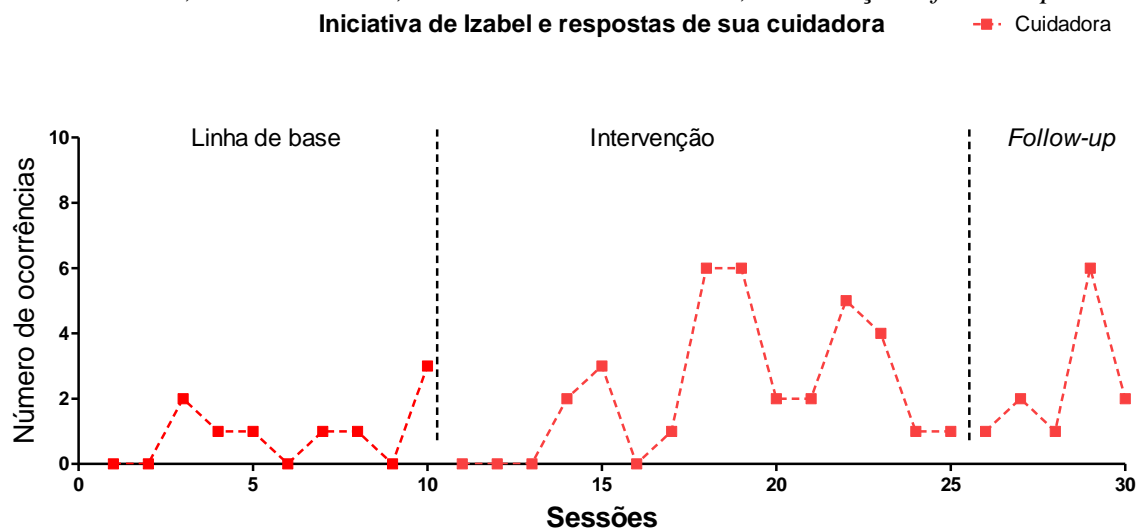
Figura 4 – Número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Izabel a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



Nas fases de linha de base e de intervenção Izabel responde todas as iniciativas da cuidadora. Na fase de *follow-up* são evidenciadas menos respostas por parte da menina.

Na figura 5 está apresentado o número de ocorrências das iniciativas de Izabel e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

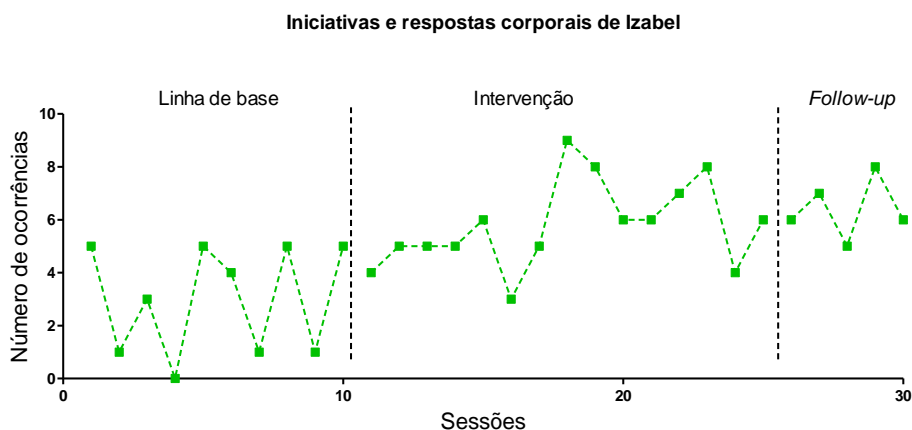
Figura 5 – Número de ocorrências das iniciativas de Izabel e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.



Podemos observar que, durante a linha de base e intervenção, Izabel respondeu a todas as iniciativas da cuidadora. Entretanto, na fase de *follow-up* houve 2 sessões em que a criança deixou de responder o total de 3 iniciativas da cuidadora.

A figura 5 mostra que a cuidadora respondeu a todas as iniciativas de interação de Izabel em cada sessão de linha de base, mas em 4 das 15 sessões de intervenção e em 2 das 5 sessões de *follow-up* não respondeu a todas as iniciativas da criança em cada sessão.

Figura 6– Número de ocorrências de movimentos corporais de Izabel por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



A tabela a seguir apresenta o somatório dos turnos verbais/vocais; gestuais (expressão facial ou corporal) e mistos (vocal + gestual) empregados pela díade durante todas as sessões de linha de base, intervenção, intervenção e *follow-up*.

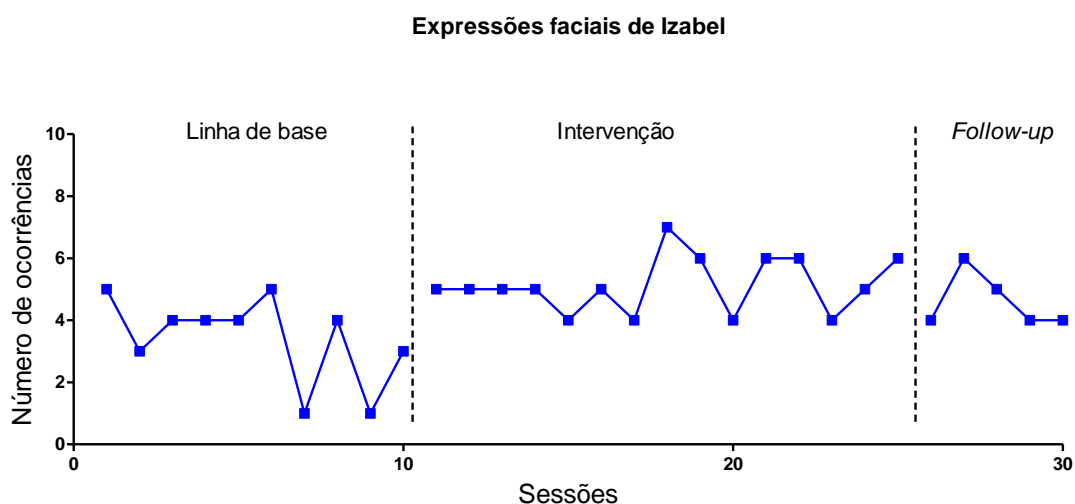
Tabela 2 – Somatório das modalidades de turnos (iniciativas e respostas) empregados pela díade nas atividades

	Cuidadora			Izabel		
	Linha de Base	Intervenção	Follow-up	Linha de Base	Intervenção	Follow-up
Verbal/Vocal	16	46	14	17	21	4
Exp. Facial	12	9	1	34	77	23
Exp. Corporal	39	72	20	30	87	32
Mista	41	90	32	27	37	7
Total	108	217	67	108	222	66

Há uma tendência estável na linha de base. As fases de intervenção e *follow-up* mostram desempenho levemente ascendente.

Na figura 7 está apresentado o número de ocorrências de expressões faciais de Izabel por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

Figura 7 – Número de ocorrências de expressões faciais de Izabel por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



A linha de base mostra um decréscimo de expressões faciais de Izabel. A intervenção mostra desempenho estável levemente superior à da fase anterior, seguido de tendência levemente decrescente no *follow-up*.

Na Tabela 3 são apresentados os dados do Tau-U acerca dos comportamentos/estratégias utilizadas pelo cuidador, nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base.

Tabela 3 – Resultados do Tau-U acerca da ocorrência de diferentes modalidades de iniciativa e de resposta de Izabel na fase de intervenção comparativamente à de linha de base (corte em $p < 0,05$)

<i>Izabel</i>		
Iniciativa	<i>P</i>	TAU-U
Verbal	0,5791	-0,1333
Facial	0,0265	0,5333
Corporal	0,1077	0,3867
Mista	0,4881	0,1667
Total	0,0855	0,4133
Resposta	<i>P</i>	TAU-U
Verbal	0,6572	-0,1067
Facial	0,0305	0,52
Corporal	0,0198	0,56
Mista	0,4054	-0,2
Total	0,0714	0,4333

O teste estatístico mostra efeitos relativamente moderados do Curso de Capacitação para Cuidadoras nas iniciativas, usando expressões faciais, e nas respostas faciais e corporais de Izabel. Não houve, todavia, diferença estatisticamente significativa quanto às demais variáveis.

4.1.5 Registros do diário de campo

É interessante observar que, diferentemente, da criança típica que se interessa por outras pessoas, suas expressões faciais, movimentos, gestos e palavras, a criança com Autismo está mais voltada a explorar objetos de formas invulgares (ROGERS et al., 2015). Por isso, as cuidadoras foram orientadas a captar a atenção da criança para si, por meio de acessórios divertidos, como óculos grandes, coloridos, perucas, nariz de palhaço, exagerando na voz e nos gestos para se comunicar, com alteração do tom de voz, e do ritmo da fala.

Quanto ao uso de brinquedos, a mãe foi sondada e a terapeuta também buscou identificar o que mais interessava a Izabel. A menina revelou algum interesse por empilhamento de cubos, em um pianinho e na “Galinha Pintadinha”. Deixamos que a menina andasse pela sala e “fizesse escolhas”. Nas intervenções observamos aumento do uso de brinquedos variados, pelo cuidador. A partir destas escolhas, foram criadas situações de aprendizagem para a menina.

O tipo de brincadeira que foi escolhido sofreu várias alterações. Nos meses iniciais, a preferência da menina era por brinquedos mais barulhentos, como pianinho, por exemplo, e brincadeiras mais motoras, como jogar bola. Atualmente prefere brincadeiras mais intelectualizadas, como nomeação de cores e animais e folhear livros, mostrando as pessoas o que tem neles. Assim, Izabel tem demonstrado interesse em querer conhecer o nome dos objetos ao seu redor, perguntando a todos: “que é isso?” e passando a reconhecê-los em outro momento, ainda que, em algumas situações, demonstre dificuldades em generalizar alguns conceitos que lhe são ensinados. Passou também a nomear algumas letras. Um brincar simbólico, ainda que rudimentar, tem sido observado, como ninar bonecas. Hoje, imita ou chama outras crianças, por exemplo, raramente agredindo-as, embora o faça quando se sente contrariada ou não compreende o que está acontecendo durante a brincadeira.

Os jogos foram realizados no chão em tapete emborrachado e alguns em mesinhas baixas, próprias para crianças. Observamos que a mãe usou uma peruca rosa, que se encontrava na sala de atendimento, durante as sessões de linha de base. Nas sessões de intervenção, contudo, houve redução do uso dos apetrechos, já que a mãe afirmou, algumas vezes, que achava que o choro da menina, nas sessões, se devia a estar amedrontada com o uso dos mesmos pelos adultos. Depois de minha insistência e da terapeuta, a mãe voltou a usá-los de forma mais permanente nas sessões de *follow-up*.

Na fase de linha de base, a cuidadora nunca imitou as ações de Izabel. Contudo, na fase de intervenção e, sobretudo, no *follow-up*, o comportamento de imitar ações e vocalizações da criança como soltar beijo, dar *tchau*, bater no tamborzinho, emitir sons dentre outros, aumentou consideravelmente. A imitação é, sem dúvida, uma habilidade de suma importância a ser desenvolvida na criança com Autismo.

A imitação serve para o estabelecimento de uma ponte de comunicação com o Autista. A imitação é apresentada como um meio de burlar essa dificuldade de relação vinculada à constituição da criança autista, que, sendo imitada, poderia perceber o outro da relação com menos ansiedade. Essa relação, estabelecida a partir de uma familiaridade dos estímulos introduzidos por via da imitação, poderia evoluir em outros sentidos. Mas é importante valorizar esse canal de estabelecimento do

primeiro contato com um paciente cuja dificuldade para o tratamento envolve exatamente o contato com o terapeuta. (TIMO, 2011.p.845)

Quanto a chamar a criança pelo nome, evidenciamos aumento deste comportamento após a capacitação. Antes, a criança era chamada por diversos apelidos (“Bela”, “Belinha”); decidimos que ela seria chamada pelo nome (Izabel), de modo a facilitar o autorreconhecimento da criança. O estímulo às imitações foi, sem dúvida, uma estratégia terapêutica/ educacional das mais utilizadas, dentre elas: imitação de movimentos de motricidade grossa, imitação de ações com objetos e imitação de sons.

Possivelmente o aumento desses comportamentos de Izabel tenha sido afetado pelas respostas faciais e corporais da cuidadora, que passou a envolver-se mais nas atividades e a seguir o que era sugerido, a partir do Curso para Cuidadores, mesmo que ainda apresentasse certo cansaço ou ansiedade durante as sessões, por estar vivendo problemas conjugais e de desemprego, segundo relato da mesma.

Na oitava sessão, após contagem regressiva feita pela cuidadora, a criança ergueu os braços em direção ao brinquedo que estava em uso. A cuidadora, pela primeira vez, ofereceu duas opções de brinquedo para a criança, que respondeu com preferência pelo piano, olhando e apontando para o objeto. O choro da criança que era persistente, se tornou menos frequente na fase de intervenção, considerando que a partir da sétima sessão a décima quinta este comportamento não foi registrado.

Os comportamentos de “prestar a atenção aos estímulos sociais, “alternância de turno e comportamento antecipatório” parecem ser de máxima importância para que a criança realmente se engaje em trocas sociais recíprocas que possibilitarão o seu desenvolvimento. Além disso, conforme foi observado durante a aplicação do programa, estes comportamentos parecem estar relacionados com o papel da criança em se tornar o iniciador das interações, que é um dos princípios fundamentais para o desenvolvimento infantil, conforme preconizam Wetherby, Schuler e Prizant (2000). Por isso, acredita-se que eles devem ser os primeiros comportamentos a serem alvo das estratégias da intervenção.

Evidenciamos ganhos nas iniciativas da menina, por meio das expressões faciais, que podem ser observadas na figura 7. De fato, no início das intervenções, Izabel apresentava uma face imóvel, estática, sempre parecendo alheia ao ambiente e às pessoas. Nos jogos sociais, começou a partilhar sorrisos e caretas. Especialmente, em jogos corporais, como “Serra, serra, serrador”, esboçava sorriso farto. Por meio da expressão facial a menina solicitava que o jogo não parasse, por exemplo. Também, na hora de ir embora, passou a olhar para a cuidadora,

dar a mão a mãe e se encaminhar para a porta de saída. Tais comportamentos foram observados a partir das sessões de intervenção.

4.2 Estudo de Caso 2 – Ana

4.2.1 História familiar

Ana nos foi encaminhada aos 8 meses, pelo pediatra e pelo psiquiatra infantil. A menina apresentava significativo atraso motor (não rolava, não sentava); apresentava olhar distante, fugidio, dificilmente esboçava um sorriso e tinha pouca interação social.

Ela tem uma irmã de 12 anos. É a segunda filha do casal. O casal apresenta razoável poder aquisitivo, mora em outra cidade, no Noroeste Fluminense. Os dois possuem Ensino Médio completo, têm boa compreensão sobre o quadro da menina e são bastante preocupados, investidos e foram assíduos ao tratamento da mesma. Os pais traziam a menina duas vezes por semana para a terapia, percorrendo um total de 280 km por semana. O pai trabalha na construção civil e a mãe é do lar.

4.2.2 Perfil de Ana

Após entrevistas com a mãe, análise do laudo médico (anexo F), aplicação de instrumentos de rastreio (M Chat -*Modified Checklist for Autism in Toddlers* (Escala para rastreamento de Autismo modificada) e ESAT- *Early Screening for Autistic Traits*; e de avaliação sensorial -*SPM- Sensory Processing Measure*) (EKER e cols, 2010), bem como participação assídua dos pais no Curso de Capacitação e dos encontros para análise dos dez vídeos de linha de base, identificamos os aspectos a serem trabalhados, prioritariamente, com a criança. Cabe registrar que as pontuações nos testes de rastreio para Autismo, apresentaram resultados bastante significativos.

Em relação à postura e motricidade global, comunicação e interação social, a menina precisava ser estimulada a:

- Melhorar controle tronco-cabeça;
- Sentar-se com apoio;
- Engatinhar;
- Levantar sozinha;
- Apoiar os pés no chão;

- Transferir objetos de uma mão para a outra;
- Fixar e seguir objetos;
- Sorrir;
- Usar gestos simples, como apontar, abanar a cabeça;
- Pegar brinquedos;
- Reagir a sons e vozes;
- Vocalizar.

Em relação ao perfil sensorial

Esta criança possui um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor que implica em alterações na qualidade do movimento, na capacidade de apreender e captar os estímulos ambientais, com destaque para as alterações do Transtorno de Processamento Sensorial. É importante destacar que crianças que possuem Transtornos de Processamento Sensorial (TPS) demonstram dificuldade para planejar e executar os movimentos, o que repercute no seu desempenho. Uma característica do processamento sensorial é a relação entre os limiares neurológicos e a estratégia de resposta, pois crianças com altos limiares irão necessitar de muitos estímulos para reagirem, demorando mais para responder aos mesmos, ou seja, são hiporresponsivas ao processamento sensorial, no *déficit* sensorial, e dessas influências nas suas habilidades funcionais (GOODRICH, 2010). Ana é hiporresponsiva, ou seja, é uma criança que precisa de muitos estímulos para reagir. A menina também foi avaliada pela fisioterapeuta do Ambulatório Interdisciplinar, devido ao atraso motor apontado pelos médicos.

4.2.3 Programa de Intervenção Precoce Elaborado para Ana

O programa elaborado para a menina, além de estimular as competências socioafetivas, de linguagem e comunicação, visou desenvolver as motricidades fina e ampla, já que em torno de 4 a 5 meses o bebê típico já é capaz de sustentar a cabeça com firmeza, os braços e as mãos se colocam em plano simétrico, apoia-se no antebraço, levanta o tórax e a cabeça, é capaz de movimentar mãos e pernas quando se emociona. Quando lhes damos as mãos, é capaz de se levantar de uma posição deitada ou sentada; também se senta com apoio. Em torno de 5 a 6 meses, o bebê arrasta-se, engatinha, senta-se com apoio, transfere objetos de uma mão para outra; é capaz de prestar a atenção quando lhe chamam pelo nome; “conversa” como forma de interação social (emitindo sons e gestos), é capaz de imitar

expressões faciais dos adultos; “fala” com seus brinquedos, emite vocalizações; procura a fonte de um som; manipula objetos, observando-o a partir de diferentes perspectivas (NAVARRO, 2016).

Ana não tinha estas habilidades desenvolvidas, já estando com 8 meses, o que denota um atraso psicomotor. Segundo a classificação de Piaget (1981), que divide o período sensório-motor (0 a 2 anos) em seis períodos o desenvolvimento, pode-se afirmar que Ana encontra-se no estágio 2, equivalente a 1-4 meses, das primeiras diferenciações, caracterizado pela coordenação mão-boca (diferenciações através do ato de sugar e de pegar); não apresentando comportamentos que revelassem a lembrança de objetos desaparecidos (como brincadeiras de “escondeu-achou”); bem como não reproduzia eventos interessantes, não seguia objetos com o olhar, dentre outros. Desta forma, foram acrescentados objetivos psicomotores para a menina (quadro 7).

A seguir encontra-se o programa de intervenção elaborado para Ana (Quadro 7) conforme dito anteriormente, também baseado nas estratégias naturalísticas de ensino e exemplo, sintético, de uma sessão de intervenção (Quadro 8).

Quadro 7 – Objetivos e estratégias utilizados para aumentar atenção ao estímulo social, ao desenvolvimento neuropsicomotor e às funções comunicativas

OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
Estabelecer contato visual com o adulto	O adulto usa acessórios divertidos (óculos, chapéus...), brincadeiras de “esconde-esconde”, “serra-serra”, de forma que a criança olhe para o adulto.
Estimular atenção visual e Auditiva	Uso de brinquedos luminosos e sonoros, para que a criança olhe para os mesmos. Usar objetos de alto contraste (preto, branco e amarelo) para estimular a atenção visual.
Desenvolver orientação para o nome	O adulto chama pelo nome da criança repetidas vezes durante a sessão, para que a criança olhe para ele.
Estimular sorriso responsivo	O adulto brinca com a criança, a elogia, chamada pelo nome, esperando que esta sorria.
Estimular engajamento compartilhado	Dado um brinquedo, enquanto a criança brinca, o adulto chama pela criança ou faz algum comentário lúdico (engraçado), para que olhe para o terapeuta e depois volte a olhar o objeto.
Favorecer a alternância de turno e comportamento antecipatório	O adulto pausa sua imitação ao invés de fazê-la simultaneamente à ação da criança, aguardando que ela continue a ação a seu turno; se a criança está fazendo uma torre, acrescentar um bloco, dizer: “minha vez”, “sua vez”.
Emitir sons vocais contínuos: “aaaaa” e sílabas simples: “ma-ma, pa-pa, da-da”	O adulto repete os sons emitidos pela criança, desejando que a criança os repita.
Estimular interações contingentes	O adulto faz imitações parecidas, mas não exatas às ações da criança.
Desenvolver comportamentos imitativos	O adulto solta beijo, dá tchau... e estimula a criança a repeti-lo. Imitação de gestos em músicas, brincadeiras, reproduzir sons dos animais, fazer careta em frente ao espelho.
Procurar objetos escondidos (permanência do objeto)	O adulto mostra o objeto e depois o esconde, de forma que a criança possa procurá-lo.
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR e TROCAS POSTURAS	ESTRATÉGIAS
Rolar para ambos os lados, sentar sem apoio, reação de proteção para os lados	Segurar a criança no tronco inferior, quando estiver sentada, para estimulação a retificação do tronco. Usar <i>lycra</i> em casa, para balançar e estimular o sistema vestibular.
Arrastar-se ou engatinhar para buscar um objeto	O adulto oferece um brinquedo para que a criança o alcance, segure e manipule.

Quadro 8 – Síntese de uma sessão de Ana

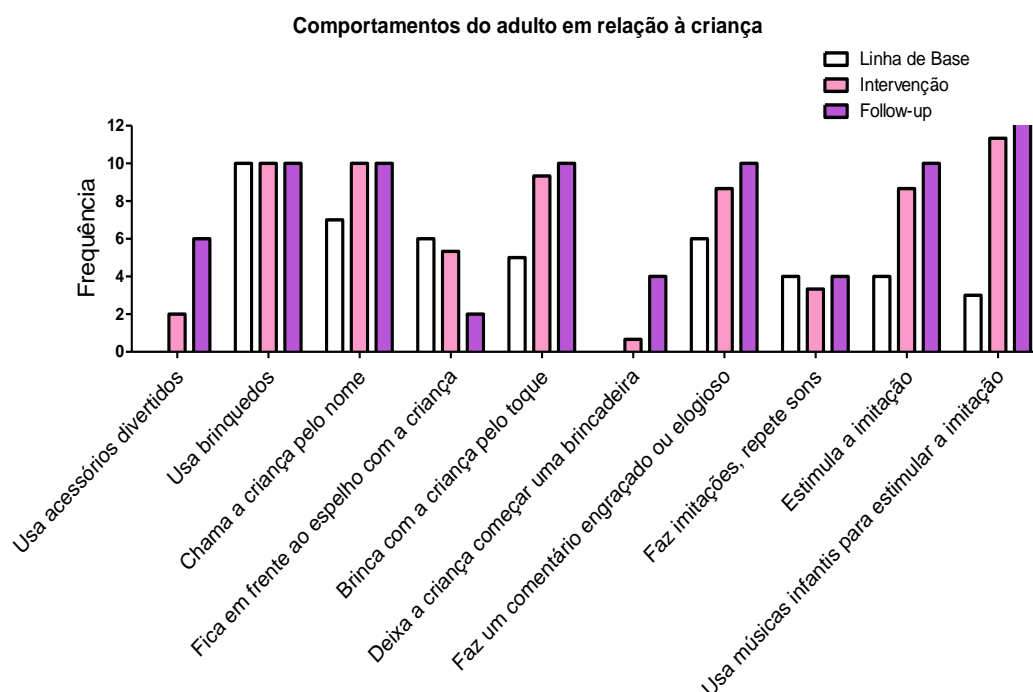
Objetivos (s)	Momento	Local	Atividade
Aumentar o contato ocular	Momento 1- chegada da criança	No chão – tapete emborrachado	O cuidador sempre elogia as roupinhas da menina, diz que ela está muito bonita e pega-a no colo, coloca-a no tapete, usa rolinhos de espuma para ajudá-la a se sentar. O cuidador usa óculos coloridos, peruca, etc.
Favorecer a alternância de turno e comportamento antecipatório; estimular a independência.	Momento 2	No chão – tapete emborrachado	O cuidador mostra um brinquedo com luzes e guizos e a estimula a buscar, a tocar o objeto. Apaga e acende a luz, apaga novamente, aguardando que a criança se manifeste de alguma forma.
Desenvolver habilidades motoras: sentar, ficar de pé..., bem como estimular os sentidos: tato, olfato e visão	Momento 3	No chão – tapete emborrachado	O cuidador coloca a criança sentada entre as pernas, passa uma esponja de banho em Ana, depois passa um chumaço de algodão, chama pelo nome, pergunta se gostou, esconde a esponja na roupa da criança; depois esconde nela mesma, sempre estimulando que a criança a encontre. Elogia todas as tentativas: “Você está muito esperta, Ana!”, “Parabéns!”
Aumentar a interação; obedecer a comandos	Momento 4	No chão – tapete emborrachado	O cuidador coloca uma música infantil, faz gestos, repete estimulando que a criança os repita. Elogia as tentativas de imitação. O cuidador pausa a imitação, esperando que a criança tente de alguma forma.
Aumentar a atenção compartilhada	Momento 5	No chão – tapete emborrachado	O cuidador brinca de “escondeu-achou”, usando um pano para cobrir o seu rosto. O cuidador esconde um objeto dentro da roupa da criança e pergunta: “Cadê?” O cuidador apresenta à menina uma caixa de brinquedos, leva a sua mão à caixa, estimula que toque, que tente pegar um brinquedo. O cuidador apanha um brinquedo mostra, leva a criança a tocar e cheirar, já que este é de borracha com cheiro de morango. Depois ajuda a criança a colocá-lo na caixa.
Aumentar a imitação de gestos; desenvolver orientação para o nome	Momento 6	Na frente do espelho	O cuidador fala o nome da criança, aponta para ela, diz “acabou”, dá um beijo e faz “tchau” com a mão.

4.2.4 Efeitos da intervenção nas iniciativas de interação, respostas e modalidades de respostas no cuidador e na criança

a) *No cuidador*

Em cada sessão, a cuidadora poderia utilizar um ou mais comportamentos/ estratégias, dentre os que foram orientados. Entretanto, a mesma apresentou preferência pelo uso de alguns, a seguir: (Figura 8).

Figura 8 – Número total de ocorrências de comportamentos da cuidadora de Ana de atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da criança nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



A figura 8 revela que todos os comportamentos da cuidadora, visando a estimulação social e comunicativa de Ana aumentaram nas fases de intervenção e *follow-up*, comparativamente à fase de linha de base, com exceção de “usar brinquedos sonoros”. Pode-se observar que “chamar a criança pelo nome e “permitir que a criança comece uma brincadeira” eram comportamentos inexistentes na fase de linha de base e aumentaram nas demais fases.

Na Tabela abaixo são apresentados os dados do Tau-U acerca dos comportamentos/ estratégias utilizadas pelo cuidador, nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base.

Tabela 4– Dados do Tau-U acerca do emprego de cada estratégia de ensino nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base (corte em $p < 0,05$) Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$.

Estratégias de ensino	Ana	
	<i>p</i>	TAU-U
Usa acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança	0,4054	0,2000
Usa brinquedos sonoros	1,0000	0,0000
Chama a criança pelo nome	0,212	0,3000
Fica em frente ao espelho com a criança, ajuda-a a reconhecer-se pelo nome	0,7815	-0,067
Brinca com a criança pelo toque, estimulando o sorriso responsivo	0,0714	0,4333
Deixa a criança começar uma brincadeira	0,7815	0,0667
Faz um comentário engraçado ou elogioso para que a criança volte a brincar	0,2673	0,2667
Faz imitações, repete sons, parecidas com as da criança	0,5791	0,1333
Estimula a imitação, alternando turnos	0,0522	0,4667
Usa músicas infantis	0,0265*	0,5333
A partir das músicas, estimula a imitação dos gestos	0,212	0,3000

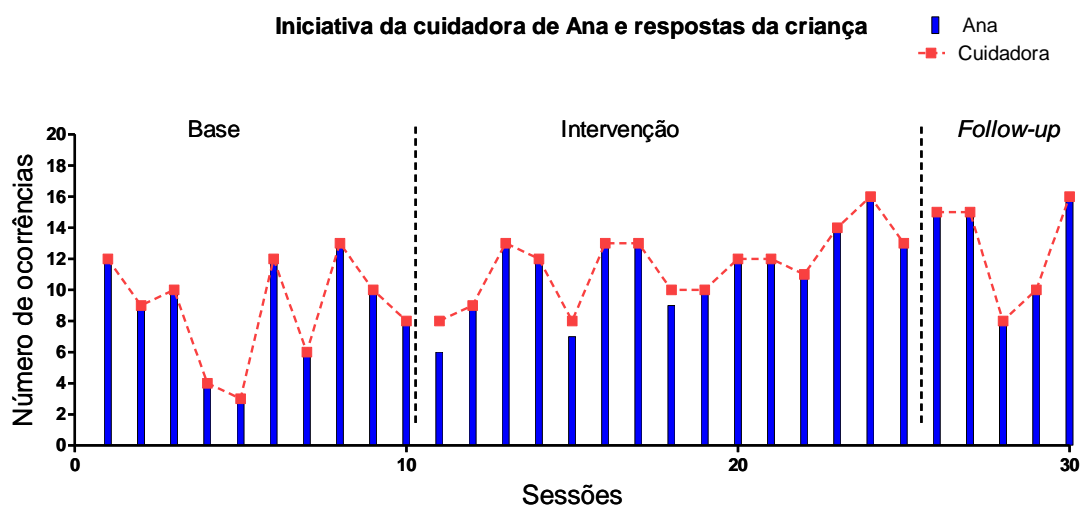
O comportamento/ estratégia de “a partir das músicas infantis, estimular a imitação de gestos” obteve aumento na fase de intervenção, por ser este, talvez, - a música - o maior interesse da menina, incidindo positivamente sobre as respostas gestuais de Ana.

b) Na criança

Resultados quanto a iniciativas e respostas de Ana nas atividades

Na figura 9 está apresentado o número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Ana a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

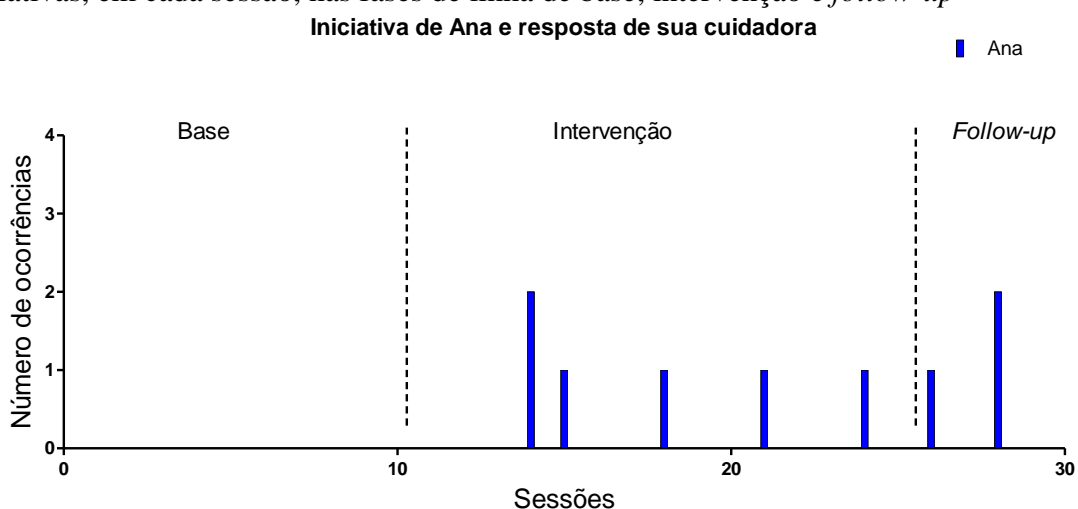
Figura 9– Número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Ana a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



As iniciativas da cuidadora de Ana apresentaram sensível melhora a partir da sexta sessão da linha de base. Ana, corresponde a grande maioria das iniciativas de sua cuidadora.

Na figura 10 está apresentado o número de ocorrências das iniciativas de Ana e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

Figura 10 – Número de ocorrências das iniciativas de Ana e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



As iniciativas de Ana apresentaram sensível melhora a partir da fase de intervenção, e sua cuidadora respondeu a cada iniciativa da menina.

A tabela 5 a seguir apresenta o somatório dos turnos verbais/vocais; gestuais (expressão facial ou corporal) e mistos (vocal + gestual) empregados pela díade durante todas as sessões de linha de base, intervenção, intervenção e *follow-up*.

Tabela 5 – Somatório das modalidades de turnos (iniciativas e respostas) empregados pela díade nas atividades

	Cuidadora			Ana		
	Linha de Base	Intervenção	Follow-up	Linha de Base	Intervenção	Follow-up
Verbal/Vocal	2	17	15	14	5	3
Exp. Facial	0	21	4	38	70	23
Exp. Corporal	16	70	23	22	69	25
Mista	36	72	25	13	32	16
Total	87	180	67	87	176	67

Na figura 11 está apresentado o número de movimentos corporais de Ana por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

Figura 11 – Número de ocorrências de movimentos corporais de Ana por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



As iniciativas e respostas corporais de Ana, na fase de intervenção, passaram a ter maior duração e intensidade, associados com olhar e sorrir, olhar segurar a mão da cuidadora, solicitando cócegas apontando para partes do corpo.

Na figura 12 está apresentado o número de ocorrências de expressões verbais/vocais de Ana por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

Figura 12– Número de ocorrências de expressões verbais/vocais de Ana por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



Na linha de base a menina vocalizava como expressão de desconforto. Na fase de intervenção, o choro foi reduzido e a menina passou a verbalizar sílabas ou palavras soltas (pá ou papá, “quero”), por exemplo.

Na tabela 6 estão apresentados os dados do Tau-U acerca dos comportamentos/estratégias utilizadas pelo cuidador, nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base.

Tabela 6 – Resultados do Tau-U acerca da ocorrência de diferentes modalidades de iniciativa e de resposta de Ana na fase de intervenção comparativamente à de linha de base (corte em $p < 0,05$). Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$.

<i>Ana</i>		
Iniciativa	<i>p</i>	TAU-U
Verbal	1	0
Facial	0,7815	0,0667
Corporal	0,4054	0,2
Mista	0,7815	0,0667
Total	0,1655	0,3333
Resposta	<i>p</i>	TAU-U
Verbal	0,0375	-0,5
Facial	0,0961	0,4
Corporal	0,0043*	0,6867
Mista	0,1924	0,3133
Total	0,0557	0,46

O teste estatístico mostra efeitos relativamente moderados a fracos do Curso de Capacitação para Cuidadoras. Sobre a verbalização, o decréscimo é positivo, na fase de intervenção, comparando-se com a linha de base, pois trata-se do choro, que era um comportamento a ser reduzido e quanto à resposta corporal, a menina apresentou significativos ganhos.

4.2.5 Registros do diário de campo

Lembro que Ana tinha considerável atraso motor, com movimentos bastante limitados, inclusive não sentando, quando iniciamos o estudo. Seguindo Prizant, Wetherby e Rydell (2000), é imprescindível considerar a singularidade da criança para a aplicação do programa,

enfatizando pontos importantes, como os seus gostos e suas necessidades. Desta forma, o profissional/ cuidador precisam apresentar flexibilidade e observação cuidadosa para a escolha das atividades e objetos a serem utilizados durante as estratégias da intervenção. Em alguns momentos, por fazer uma viagem semanal longa até o local do tratamento, além de ter apresentado algumas intercorrências como febre alta, vômitos, diarreia e até um quadro de pneumonia, Ana se apresentava cansada, chorosa, o que nos fazia buscar alternativas, como evitar estimulação motora que causasse dor ou desconforto, naquele dia.

O aspecto emocional da criança é igualmente fundamental e deve ser o norte de todo o atendimento. Para Ana, foi difícil acostumar-se com tantas mudanças em sua vida (viagens semanais, exames e consultas médicas) no período em que começou o seu tratamento, o que lhe causou problemas emocionais, como irritação, acesso de choro e impaciência, trazendo-lhe sofrimento, além de acabar por atrapalhar qualquer abordagem que estivesse sendo feita com ela. As emoções da criança são a base para que ela estabeleça relações. Logo, é preciso que o profissional desenvolva a sensibilidade para identificar quando pode avançar ou quando deve recuar nas estratégias da intervenção, de forma a preservar sempre o bem-estar da criança, que deve ser a prioridade de qualquer atendimento. Na fase de intervenção, já mais adaptada, os episódios de choro diminuíram.

Como um dos ganhos, observamos que Ana começou a engajar-se nos jogos sociais, gostando muito das brincadeiras de “escondeu-achou”, sorrindo e vocalizando quando algo era do seu agrado, procurando objetos escondidos. Desta forma, observamos avanços na atenção aos estímulos sociais, bem como nas tentativas de comunicação e nas questões motoras, já que ao final da fase de *follow-up* já estava andando sem ajuda.

4.3 Estudo de Caso 3- Márcia

4.3.1 História familiar

Márcia é gêmea com Antônia. Seus pais já tinham uma filha, com 4 anos, quando do nascimento de Márcia. A mãe é doceira e o pai trabalha numa Usina de Açúcar, no distrito de Tócos, no interior de Campos dos Goytacazes. A mãe, ao nos ser encaminhada, já havia passado por outros profissionais, sempre negando o diagnóstico da menina (TEA). Esta foi a mãe que apresentou maior resistência na adesão ao tratamento, foi faltosa algumas vezes, precisamos fazer busca ativa. Também a mãe nos ligava muito, diante de qualquer doença ou sintoma (febre, rinite alérgica...), desejando que se conseguisse uma consulta com este ou

aquele profissional de saúde ou para pedir orientação sobre como conduzir determinadas situações em relação à menina.

4.3.2 Perfil de Márcia

Márcia foi encaminhada pelo neurologista aos 16 meses, com possibilidade de “Autismo Regressivo”, já que, segundo relato da mãe, teve séria perda da linguagem oral, deixando de falar “papai, mamãe, titia...”. Passou a não mais imitar gestos, dar *tchau* e soltar beijo... Márcia apresentava maneirismos, dificuldade em compreender ordens, e em manter contato visual com interlocutores. A mãe relatou ainda que, em casa, ficava sempre num canto, atrás da porta da sala, local do qual ninguém podia se aproximar, batia muito na irmã, oralizava pouco, apresentando “linguagem própria”. Entrou na Creche no mês de março de 2016, mas só permaneceu por um mês. A Creche estava sendo reformada e a mãe dizia que a menina não se adaptou ao novo espaço físico, para onde as crianças foram remanejadas. (O laudo médico encontra-se no ANEXO G).

Após entrevistas com a mãe, análise do laudo médico, aplicação de instrumentos de rastreio (M Chat -*Modified Checklist for Autism in Toddlers* (Escala para rastreamento de Autismo modificada) e ESAT- *Early Screening for Autistic Traits*; e de avaliação sensorial - SPM- *Sensory Processing Measure*- (EKER e cols, 2010), bem como participação da mãe no Curso de Capacitação e dos encontros para análise dos vídeos de linha de base, identificamos os seguintes aspectos a serem estimulados ou trabalhados, prioritariamente, com a criança:

- Gestos simples: apontar, abanar a cabeça;
- Permanência do objeto;
- Pegar nos brinquedos ou fazê-lo com uma só mão;
- Perceber qual a função de objetos simples (colher, telefone, bola);
- Interessar-se pelo que a rodeia;
- Estabelecer contato ocular;
- Compreender o que se lhe diz;
- Melhorar a comunicação.

4.3.3 Programa de Intervenção Precoce

O programa de intervenção elaborado para Márcia, também conforme dito anteriormente, foi baseado nas estratégias naturalísticas de ensino (Quadro 9), bem como é apresentado um exemplo, sintético, de uma das sessões da menina. (Quadro 10)

Esta menina foi, a princípio, a de mais difícil interação social. Lembro do relato da mãe ao dizer que o local preferido da menina era atrás da porta da sala, local do qual ninguém podia se aproximar. Sabemos que a interação com outros, adultos ou crianças da mesma faixa etária, permite vivenciar experiências que dão origem à troca de ideias, de papéis e o compartilhamento de atividades que exigem negociação interpessoal e discussão para a resolução de conflitos. Com os pares surgem as regras que estruturam as atividades de cooperação e competição. Assim, a qualidade das interações com iguais e a competência social influenciam-se mutuamente, e os companheiros representam uma fonte de relações imprescindível, provendo um contexto poderoso que influencia as diferenças individuais durante o desenvolvimento social de qualquer criança. Como Márcia apresentava grande dificuldade para se aproximar das pessoas, este aspecto – interação social- foi bastante valorizado no tratamento.

Aqui, preconizamos a promoção da linguagem pré-verbal e verbal e das habilidades de comunicação funcional em contextos sociais naturais. Isso foi feito através das tentativas de construção da intencionalidade, da alternância de turno, da atenção compartilhada e das habilidades de determinar a intenção comunicativa do outro e se engajar em imitação com inversão de papéis.

Quadro 9 – Objetivos e estratégias utilizados para aumentar atenção ao estímulo social e às funções comunicativas de Márcia

OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
Estabelecer contato visual com o adulto	O adulto usa acessórios divertidos (óculos, chapéus...), brincadeiras de “esconde-esconde”, “serra-serra”, de forma que a criança olhe para o adulto. O adulto deve abaixar-se até a altura da criança, dizer seu nome, olhá-la nos olhos, antes de dizer seu nome.
Estimular atenção visual e auditiva	O adulto usa de brinquedos luminosos e sonoros, para que a criança olhe para os mesmos. O adulto usa objetos de alto contraste (preto, branco e amarelo) para estimular a atenção visual; colocar sentado no colo frente a frente, de forma a olhar p o rosto do adulto. O adulto mostra objetos que interessem à criança, aproximando-os de seu rosto. O adulto ensina à criança a função e o manuseio de cada objeto, de forma divertida, aproveitando o seu foco de interesse.
Desenvolver orientação para o nome	O adulto chama pelo nome da criança repetidas vezes durante a sessão, para que a criança olhe para ele.
Estimular o sorriso responsivo	O adulto brinca com a criança, a elogia, chamada pelo nome, esperando que esta sorria.
Favorecer o engajamento compartilhado	Dado um brinquedo, enquanto a criança brinca, o adulto chama pela criança ou faz algum comentário lúdico (engraçado), para que olhe para o terapeuta e depois volte a olhar o objeto.
Favorecer a alternância de turno e comportamento antecipatório	O adulto pausa sua imitação ao invés de fazê-la simultaneamente à ação da criança, aguardando que ela continue a ação a seu turno; se a criança está fazendo uma torre, acrescentar um bloco, dizer: “minha vez”, “sua vez”.
Estimular interações contingentes	O adulto faz imitações parecidas, mas não exatas às ações da criança. O adulto, diante de qualquer intenção comunicativa da criança, estimula a criança a se expressar e a elogia por isso.
Desenvolver comportamento imitativos	O adulto solta beijo, dá tchau... e estimula a criança a repeti-lo; faz imitação de gestos em músicas, brincadeiras, reproduz som dos animais, fazer careta em frente ao espelho.
Procurar objetos escondidos (permanência do objeto)	O adulto mostra o objeto e depois o esconde, de forma que a criança possa procurá-lo.
Estimular a independência	O adulto evita ficar com a criança no colo, permitir que se alimente sozinha, tome banho só (utilizando apenas comandos verbais)

Quadro 10 – Síntese de uma sessão de Márcia

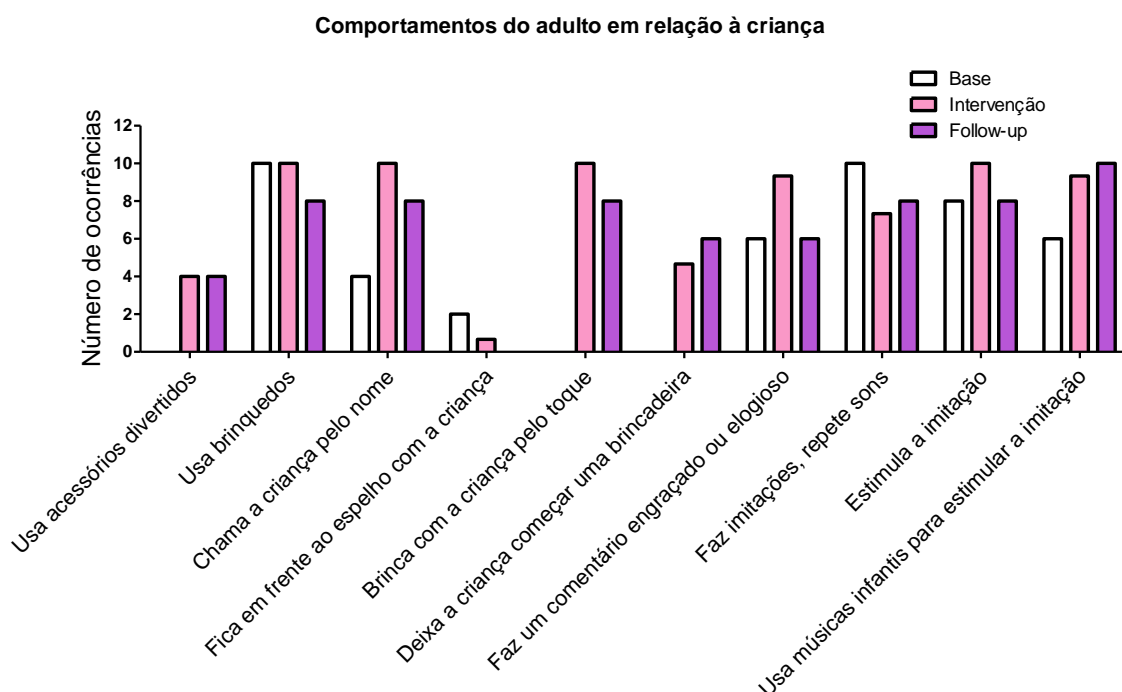
Objetivos (s)	Momento	Local	Atividade
Aumentar o contato ocular	Momento 1- chegada da criança	No chão – tapete emborrachado	O cuidador sempre elogia as roupinhas da menina, diz que ela está muito bonita e convida-a a entrar na sala. O cuidador usa óculos coloridos, peruca, etc. O cuidador sorri e pergunta: “cadê o sorriso de Márcia?”; coloca a língua para fora, de forma exagerada e pergunta: “cadê a língua de Márcia?” Apanha um cachorrinho de pelúcia, que tem uma língua grande e mostra à menina: “Olha a língua do au-au!”
Favorecer a alternância de turno e comportamento antecipatório; estimular a independência.	Momento 2	No chão – tapete emborrachado	O cuidador mostra um brinquedo com luzes e guizos e a estimula a buscar, a tocar o objeto. Apaga e acende a luz, apaga novamente, aguardando que a criança se manifeste de alguma forma.
Aumentar comportamentos imitativos	Momento 3	Na mesinha ou no tapete emborrachado	O cuidador usa objetos sonoros como pianinho, tambor..., toca, estimula que a criança repita, elogia suas tentativas. O cuidador oferece massa plástica; faz uma bolinha, estimula que a criança pegue a massa e faça nova bolinha, com sua ajuda; com rolinho faz cobrinhas, coloca o rolo na mão da criança e ajuda a fazer outra cobrinha; sempre vai dizendo o nome das cores em voz alta. O cuidador usa jogos de encaixe. Coloca uma peça, dá uma para a criança, ajuda-a a achar o local a ser colocada a peça. Sempre diz o nome: círculo, triângulo, retângulo.
Aumentar a interação; obedecer a comandos	Momento 4	No chão – tapete emborrachado	O cuidador coloca uma música infantil, faz gestos, repete estimulando que a criança os repita. Elogia as tentativas de imitação. O cuidador pausa a imitação, esperando que a criança tente de alguma forma. O cuidador brinca de “escondeu-achou”.
Aumentar a atenção compartilhada	Momento 5	No chão – tapete emborrachado	O cuidador apresenta à menina uma caixa de brinquedos, leva a sua mão à caixa, estimula que toque, que tente pegar um brinquedo. O cuidador apanha um brinquedo mostra, leva a criança a tocar e cheirar, já que este é de borracha com cheiro de morango. Depois ajuda a criança a colocá-lo na caixa, sempre dizendo: “agora é a vez de Márcia”. O cuidador usa quebra-cabeças com duas ou três peças grandes. Faz uma vez, estimula a menina a continuar
Aumentar a imitação de gestos; desenvolver orientação para o nome	Momento 6	Na frente do espelho	O cuidador fala o nome da criança, aponta para ela, diz “acabou”, dá um beijo e faz “tchau” com a mão.

4.3.4 Efeitos da intervenção nas iniciativas de interação, respostas e modalidades de respostas no cuidador e na criança

a) No cuidador

Em cada sessão, a cuidadora poderia utilizar um ou mais comportamentos/ estratégias, dentre os que foram orientados. Entretanto, a mesma apresentou preferência pelo uso de alguns, a seguir (Figura 13).

Figura 13– Número total de ocorrências de comportamentos da cuidadora de Márcia de atenção ao estímulo social e às funções comunicativas da criança nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



A figura 13 revela que, com exceção de “ficar em frente ao espelho com a criança”, e “fazer imitações, repetindo sons”, os demais comportamentos da cuidadora de Marcia, visando a estimulação social e comunicativa da menina, aumentaram sistematicamente nas fases de intervenção e *follow-up*, comparativamente à fase de linha de base. Os comportamentos “usar acessórios divertidos“ e “brincar com a criança pelo toque” foram inexistentes na linha de base e apresentaram aumento nas fases de intervenção e *follow up*, comparativamente à fase de linha de base.

Na Tabela 7 são apresentados os dados do Tau-U acerca dos comportamentos/estratégias utilizadas pelo cuidador, nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base.

Tabela 7 – Dados do TAU-U acerca do aumento estatisticamente significativo do emprego de cada estratégia de ensino nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$.

Estratégias de ensino	Márcia	
	<i>p</i>	TAU-U
Usa acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança	0,1904	0,4000
Usa brinquedos sonoros	1,0000	0,0000
Chama a criança pelo nome	0,0495*	0,6000
Fica em frente ao espelho com a criança, ajuda a reconhecer-se pelo nome	0,6625	0,1333
Brinca com a criança pelo toque, estimulando o sorriso responsivo	0,0011*	1,0000
Deixa a criança começar uma brincadeira	0,1266	0,4667
Faz um comentário engraçado ou elogioso para que a criança volte a brincar	0,2752	0,3333
Faz imitações, repete sons, parecidas com as da criança	0,3827	-0,267
Estimula a imitação, alternando turnos	0,5127	0,2000
Usa músicas infantis	0,6312	0,1467
A partir das músicas, estimula a imitação de gestos	0,7934	0,0800

O teste estatístico mostra efeitos relativamente moderados a fracos do Curso de Capacitação para Cuidadoras, tendo os comportamentos/estratégias “chamar a criança pelo nome” e “brincar com a criança pelo toque, estimulando o sorriso responsivo” aumentado de forma mais expressiva na fase de intervenção, comparando-se com a fase de linha de base.

b) Na criança

Resultados quanto às iniciativas e respostas de Márcia nas atividades

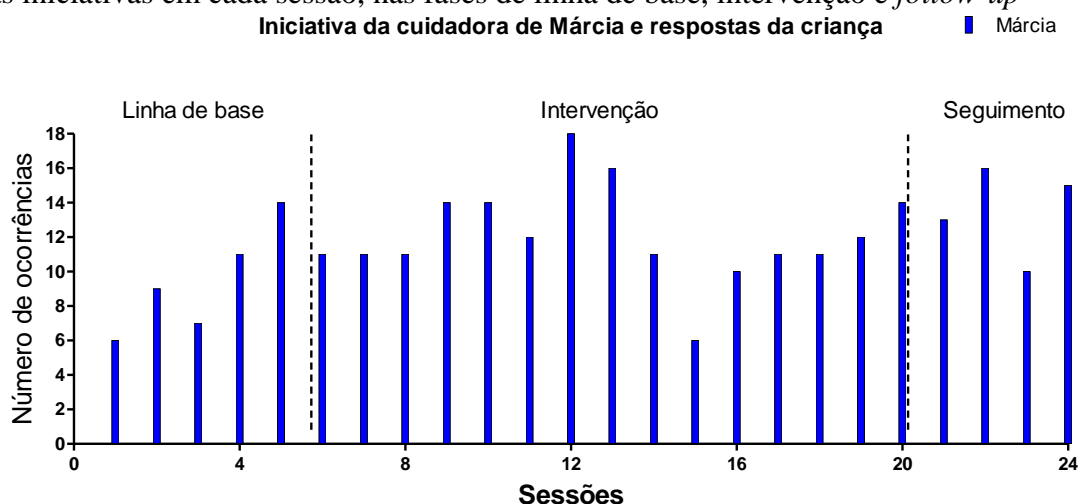
A tabela 8 a seguir apresenta o somatório dos turnos verbais/vocais; gestuais (expressão facial ou corporal) e mistos (vocal + gestual) empregados pela díade durante todas as sessões de linha de base, intervenção, intervenção e *follow-up*.

Tabela 8 – Somatório das modalidades de turnos (iniciativas e respostas) empregados pela díade nas atividades

	Cuidadora			Márcia		
	Linha de Base	Intervenção	Follow-up	Linha de Base	Intervenção	Follow-up
Verbal/Vocal	11	53	12	10	16	7
Exp. Facial	3	24	7	20	80	19
Exp. Corporal	18	66	18	19	91	22
Mista	20	79	25	5	44	17
Total	52	222	62	54	231	65

Na figura 14 está apresentado o número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Márcia a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

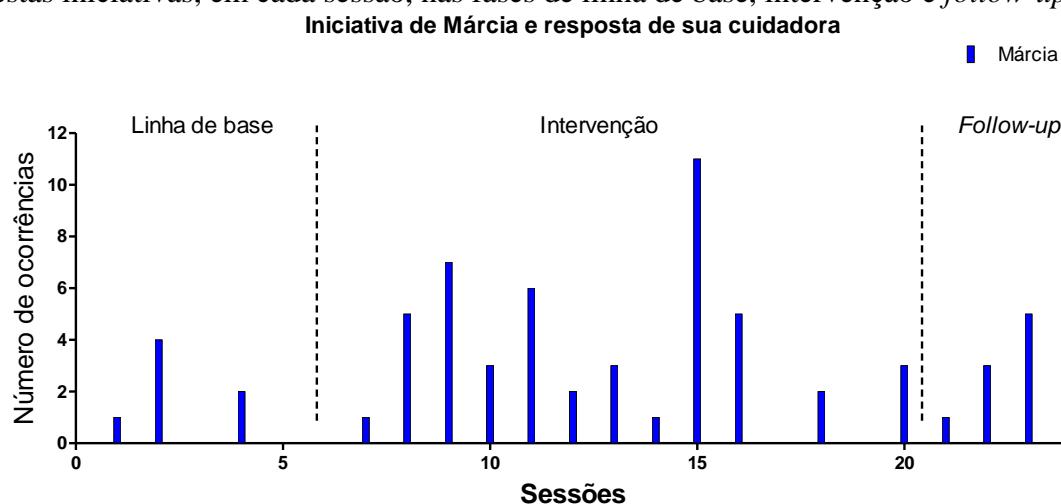
Figura 14– Número de ocorrências das iniciativas da cuidadora e das respostas de Márcia a estas iniciativas em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



Podemos observar que a ocorrência de respostas da criança é igual às iniciativas da cuidadora, ou seja todas as iniciativas da cuidadora provocaram uma resposta da criança. Entretanto, no *follow-up*, houve uma sessão em que a criança deixou de responder às iniciativas da cuidadora.

Na figura 15 está apresentado o número de ocorrências das iniciativas de Márcia e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

Figura 15– Número de ocorrências das iniciativas de Márcia e das respostas da cuidadora a estas iniciativas, em cada sessão, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*



Durante a linha de base foram duas sessões em que a cuidadora deixou de responder às iniciativas da criança, no total de 2 ocorrências. Durante a intervenção foram sete sessões em que a cuidadora deixou de responder às iniciativas da criança. Durante o *follow-up*, essas ausências de respostas foram reduzidas à duas sessões no total de 5 ocorrências.

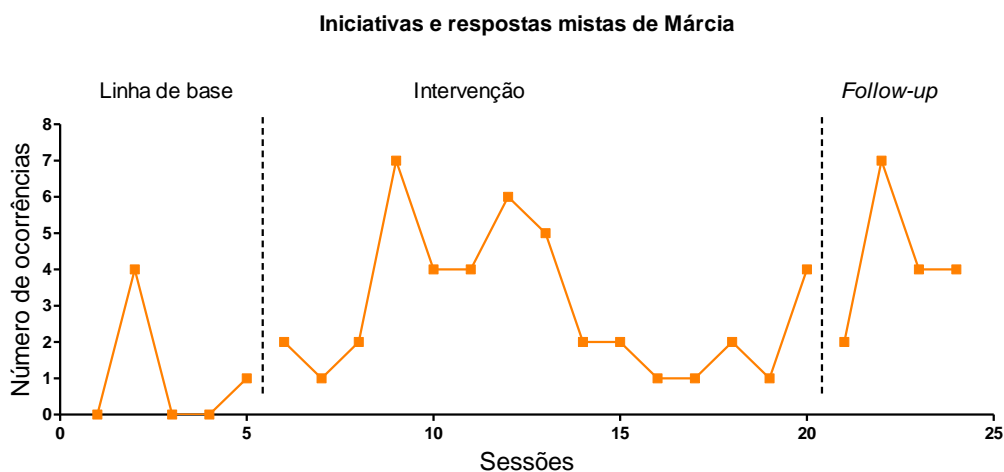
Na figura 16 é apresentado o número de ocorrências de movimentos corporais de Márcia por sessão, seja por iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

Figura 16– Número de ocorrências de movimentos corporais de Márcia por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e follow-up



Na figura 17 é apresentado o número de ocorrências de expressões mistas de Márcia por sessão, seja por iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e *follow-up*.

Figura 17– Número de ocorrências de expressões mistas de Márcia por sessão, seja como iniciativa seja como resposta, na interação com sua cuidadora, nas fases de linha de base, intervenção e follow-up



Na tabela 9 estão apresentados os dados do Tau-U acerca dos comportamentos/estratégias utilizadas pelo cuidador, nas sessões de intervenção, comparativamente à fase de linha de base.

Tabela 9– Resultados do Tau-U acerca do aumento estatisticamente significativo da ocorrência de diferentes modalidades de iniciativa e de resposta de Márcia na fase de intervenção comparativamente à de linha de base (corte em $p < 0,05$) Nota: Diferença estatisticamente significativa comparando a base com a intervenção através do TAU-U, corte em $p < 0,05$

<i>Márcia</i>		
Iniciativa	<i>p</i>	TAU-U
Verbal	0,9304	0,0267
Facial	0,4321	0,24
Corporal	0,0668	0,56
Mista	0,6625	0,1333
Total	0,1625	0,4267
Resposta	<i>p</i>	TAU-U
Verbal	0,0887	-0,52
Facial	0,2949	0,32
Corporal	0,2056	0,3867
Mista	0,0145	0,7467
Total	0,2056	0,3867

A tabela 19 mostra que houve diferença significativamente estatística entre o número de eventos da linha de base comparando com a intervenção apenas na resposta mista. Para as outras variáveis, na fase de intervenção, as iniciativas de interação da criança, ainda que poucas, foram maiores que na fase anterior.

O teste estatístico apresenta efeitos relativamente moderados a fracos do Curso de Capacitação para Cuidadoras.

4.3.5 Registros do diário de campo

Na fase de linha de base, percebeu-se que Márcia lançava olhares para a face da cuidadora e da terapeuta, mas com pouquíssima fixação. Os olhares pareciam ter pouca intencionalidade e não havia “tempo” suficiente para a menina perceber a intenção da cuidadora ou da terapeuta. De acordo com dados da literatura (BATES et al., 1979; CARPENTER et al., 1998), a comunicação envolve a interação face-a-face e as trocas afetivas entre o bebê e seus cuidadores.

Por volta dos seis meses de vida, inicia-se a fase triádica da comunicação que “consiste, primordialmente, em comportamentos não verbais (gestos e vocalizações), para pedir ou rejeitar objetos/ações; e comentários acerca do próprio *self* ou objetos/eventos” (BOSA, 2002, p. 12). O ser humano só consegue participar das convenções sociais de onde vive quando compreende que todos os outros seres são semelhantes a ele, isto é, que todos têm intenções, sentimentos e objetivos. A partir dos nove meses de idade, o bebê começa a dividir seu interesse por um objeto com o adulto ou dividem o interesse do adulto por um objeto. Essa habilidade é denominada de atenção compartilhada, e é uma forma de comunicação não verbal que antecede a fala, sendo um dos aspectos afetados pelas pessoas com Autismo (TOMASELLO, 2003).

Observamos, por exemplo, que na terceira sessão a criança demonstrou preferência por uma boneca ao olhar para ela e, logo após, para o adulto, compartilhando a atenção.

Na quarta sessão a criança olhou para uma boneca, segurou-a no colo e levou-a em direção à terapeuta. Na décima sessão, quando um brinquedo cai no chão, a criança olha-o e fala “caiu”. Também aqui, olhando para a terapeuta que se afasta, a criança grita em sua direção, inclusive a expressão “ei!” e a imita verbalmente falando “nariz”.

As vocalizações de Márcia também se tornaram mais expressivas e constantes. Pode-se considerar que a menina apresentou progressos em relação à atenção ao estímulo social e à comunicação.

4.4 Sobre a validade social deste estudo

A validade social refere-se a poder produzir mudanças na vida das crianças e adultos afetados pelos resultados da pesquisa, bem como seus resultados podem se manter após a finalização do programa de intervenção, ou seja, apresenta “sustentabilidade de efeitos” (NUNES, 2010); bem como pode ser replicado em outros ambientes ou situações.

Foi realizada uma entrevista com os pais das crianças envolvidas no dia 30/03/2016, às 9h, no Ambulatório Interdisciplinar do Hospital dos Plantadores de Cana, com a participação dos pais, terapeutas envolvidas e a pesquisadora. Estas entrevistas foram filmadas e transcritas e estão no APÊNDICE F.

De modo sintético, na visão dos pais, identificamos validade social deste estudo, que pode ser identificada nas falas abaixo, de forma tímida, mas animadora para futuras pesquisas,

- a) mãe de Izabel: “... *depois que começou o tratamento aqui, ela agora já é mais sociável, vou nos lugares com ela, entendeu? Ela fica até feliz de sair. Ela gosta de ir*

para a rua, agora tem que ver, pega a minha mãozinha para ir para a rua, adora. Só não gosta que as pessoas fiquem encostando muito nela, mas ela não se incomoda mais com as pessoas perto dela, entendeu? Ela até gosta de pessoas perto dela. ... hoje em dia eu ando com ela, eu vou nos lugares e ela parece uma criança normal, ninguém diz que ela tem problema nenhum. Só às vezes que ela quer se expressar ela grita, né, ou fala que... que eu entendo alguma coisa que aí, né, porque ela não fala corretamente, mas ela está se expressando melhor..., já puxa a irmã para brincar com ela. Ela antigamente se escondia, eu botava ela (sic) na escola e ela ficava atrás da porta da sala se escondendo das outras crianças. Hoje em dia ela não se esconde, ela fica perto das outras crianças. Muito bom. Consegue lanchar com as outras crianças...”

- b) mãe de Ana: *“...Ana está sentando sozinha, levantando sozinha, dando os primeiros passinhos, a parte de olhar ela melhorou muito, hoje ela interage, ela brinca, ela procura os brinquedos, antes ela não fazia nada disso. Graças a Deus, muita melhora. Em casa, com a irmã. ela brinca, interage, demonstra sentimentos... ciumenta, é uma criança muito ciumenta, principalmente comigo. É... demonstra carinho, está abraçando a gente mais, entendeu? Procura brinquedos, não fica mais paradinha num lugar, porque acabou o sossego, agora ela não dá sossego, mexe em tudo, sabe, roda em volta do sofá, brinca... ela faz hidro, aí na hidro ela participa muito...”*
- c) mãe de Márcia: *“...Aí desde quando ela começou vindo pra cá já tá (sic) soltando mais a fala, ela consegue se concentrar mais em certas brincadeiras... antes ela não ficava parada. Às vezes ela fica com o comportamento normal... Agora tem falado palavrinhas soltas: “dá”, “papá”, “bola”... Estou mais aliviada. Segunda coisa é que as brincadeiras dela eram sempre sozinha..., hoje pega um patinho de borracha, dá banho e enxuga ele (sic)...”*

O diagnóstico adequado e precoce é fundamental para o bem-estar da criança e da sua família, de modo a serem implementadas estratégias para desenvolver o potencial máximo de cada criança, como tentamos neste estudo, já que as meninas melhoram no aspecto da interação social.

De acordo com o método utilizado nesse estudo, a Izabel teve a melhor resposta à intervenção. Ela foi a única paciente que teve melhorias na iniciativa, o que é importante para

o paciente com o diagnóstico de Autismo. Além disso, a Izabel teve melhora na frequência de resposta facial e corporal como já foi discutido no item 4.1. Já a menina Ana, obteve uma melhora na expressão corporal e verbal. E, por último, Márcia com uma melhora na resposta mista de acordo com a estatística. Entretanto, por mais que a estatística não tenha encontrado aumento significativo nas outras variáveis das meninas, pois utilizamos um valor de corte de 0,05 para o valor- p é notável que as meninas tiveram progressão em outros quesitos que pela estatística não foi detectada. Por exemplo, o aumento da resposta facial e o total de resposta da Ana bem como o aumento da iniciativa corporal da Márcia.

5 DISCUSSÃO

Retomando o objetivo geral deste estudo, que foi avaliar os efeitos da aplicação de um programa de intervenção precoce, para pais/ cuidadores, baseado na abordagem desenvolvimentista, na ocorrência de turnos e modalidade de iniciativas e respostas da criança, pode-se afirmar que foi parcialmente alcançado.

Os dados do presente estudo juntam-se na literatura nacional aos obtidos por Borba (2014) e Borba et al. (2014) e a outros na literatura internacional (Zwaigenbaum et al., 2015) que têm demonstrando sucesso na intervenção realizada pelo cuidador. Muitos destes dados corroboram com a assertiva de que o cuidador pode, não apenas desempenhar um papel ativo na intervenção, como ser um dos principais agentes nesse processo (WANG, 2008). Nos dados do atual estudo, é possível verificar que, a partir do momento em que o cuidador começou a aplicar os programas de ensino, houve melhora de desempenho da criança. A concordância com a assertiva supracitada quanto aos cuidadores poderem ser importantes agentes da intervenção, não significa que estamos eximindo a participação de um terapeuta profissional no processo de intervenção. Ao contrário, a presente pesquisa mostra que, além de imprescindível, sua atuação é possível e viável, mesmo nas condições de fragilidade das redes de apoio governamental especializado, como a que caracteriza o Brasil.

Deve-se considerar a disponibilidade e desejo do cuidador em participar das ações interventivas. No caso da menina Márcia, encontramos alguma dificuldade em relação à mãe para adesão ao tratamento. Sempre foi enfatizado o papel dos cuidadores como promotores das intervenções que foram concebidas para incorporar oportunidades de aprendizagem nas atividades cotidianas, de forma a aproveitar os "momentos ensináveis". As duas outras mães (de Ana e de Izabel) demonstraram maior interesse em aprender para ajudar suas filhas, bem como revelaram aceitação ao diagnóstico de Autismo.

Sobre os procedimentos utilizados pela intervenção, os momentos com as cuidadoras foram fundamentais para as estratégias do programa, por oferecerem a elas a chance de encontrarem tanto um suporte emocional quanto a oportunidade de compreender os comportamentos de suas crianças e aprenderem a ajudá-las a se desenvolver.

Neste estudo, tratamos de bebês, e o termo se refere ao "infante", ou seja, aquele que não fala, ou criança até os 24 meses de idade. Izabel começou a participar desta pesquisa aos 18 meses; Ana, aos 8 meses e Márcia aos 16 meses. A literatura aponta, nos bebês com Autismo, pouca expressividade facial, falta de sorriso social e de expressão facial apropriada (DAWSON et al., 1990). Estas foram, de fato, as características marcantes das três meninas

participantes deste estudo, além da dificuldade de imitação e de compartilhamento da atenção. Comportamentos como olhar os outros, tentar pegar um objeto, chorar ou agitar bracinhos e pernas, para ser carregado ou abraçado, dar um sorriso ao rosto humano criam uma série de ações com sentido compartilhado e recíproco entre o bebê e os adultos. É a origem da comunicação, da socialização e da linguagem. Já desde o nascimento as crianças se orientam para as vozes conhecidas, agradáveis, também são capazes de reagir diante da entonação, da prosódia e da ênfase, com emoções de agrado. Podemos dizer que as três meninas, ao começarem o tratamento, apresentavam extrema apatia, um alheamento ao entorno, que nos chamava a atenção. Nas últimas sessões esta apatia foi substituída por olhares significativos, sorrisos, birras, caretas.

O desenvolvimento humano é um processo contínuo, ao longo de um *continuum* (PIAGET, 1982). As mudanças no desenvolvimento intelectual são graduais e nunca abruptas. Os esquemas mentais são construídos e reconstruídos ou modificados pouco a pouco. A criança, em especial nos dois primeiros anos de vida, aprende pela interação com os objetos e pessoas. As ações podem ser manipulações físicas ou mentais (pensar) sobre objetos e eventos. Para tal, a criança no período sensorio-motor necessita tocar, cheirar, ver, ouvir, manipular objetos para descobri-los. Também para que “conheça” e aprenda, a criança precisa das outras pessoas, que vão aproximá-la dos objetos, pessoas ou situações a serem desveladas. Foi notório o fato de as mães não saberem sobre a importância de ajudar a criança no conhecimento do mundo. Como dito por uma das mães (mãe de Izabel) sobre a educação da criança: “A gente se preocupa em dar comida, dar banho e pronto”. Nesta pesquisa, sobretudo, as mães foram ensinadas a brincar com seus filhos e levadas a compreender a importância de tal fato, sejam seus filhos sadios ou não. Pudemos observar a aquisição de alguns esquemas mentais pelas meninas, que foram: diferenciação de si mesmas de outros objetos; coordenação olho-mão reproduzindo eventos interessantes; permanência do objeto (busca por objetos escondidos); antecipação de ações, em especial quando a cuidadora anunciava: “Um, dois, três e...”. Ressalto que Izabel e Márcia apresentaram maiores avanços nestes quesitos.

O ser humano está inatamente programado para estabelecer vínculos sociais, mas o desenvolvimento social só se constrói na sequência de interações, em qualquer estágio da vida. Conforme Cairns (1986), a trajetória individual não é determinada somente pelos componentes genéticos, nem somente nos primeiros anos de vida (embora seja este um período crítico para o desenvolvimento). É, sobretudo, determinada pelas condições em que se desenrola o desenvolvimento, incluindo as mudanças biológicas esperadas, os sistemas de

relações sociais que envolvem a criança, as condições dos ambientes em que circula, o nível cognitivo da criança, entre outros. Isso quer dizer que a intervenção precoce pode minimizar as dificuldades que caracterizam qualquer síndrome.

Sobre o contato ocular, tendo em vista que as crianças autistas ou com risco de desenvolverem o Autismo tendem a abaixar o olhar ou não encarar as pessoas quando interagem com elas, seguindo as observações de Carpenter, Nagell e Tomasello (1998) de que o contato ocular é imprescindível para que as crianças passem a considerar as pessoas como seres psicológicos, é fundamental que o desenvolvimento dos comportamentos não-verbais seja feito sempre com a criança olhando para o adulto. No entanto, em diversas situações, Ana e Márcia, ao invés de olharem para alguém, chamavam o interlocutor pelo nome, mostrando que sabiam com quem interagiam. Então, buscando respaldo em Crais, Douglas e Campbell (2004) que afirmam que gestos comunicativos podem ocorrer sem o uso do contato ocular, sugerimos que a criança pode substituir, em algumas situações, este comportamento pelo de chamar o nome da pessoa com que está interagindo, o que denota profundo entendimento de sua existência.

As três meninas começaram a perceber a relação entre a própria ação e o resultado ou efeitos da mesma, o que se chama intencionalidade e surge, no bebê típico, em torno de 7 a 8 meses. Izabel e Ana entenderam que, por exemplo, ao apertar o botão de um determinado brinquedo, este toca música ou se movimenta. Diante do “resultado” de sua ação, sempre sorriam demonstrando entender a relação causa-efeito.

Embora os comportamentos de “atenção ao estímulo social” e “alternância de turno e comportamento antecipatório” pareçam ser tão importantes para o desenvolvimento infantil, as três crianças apresentavam poucos comportamentos de atenção compartilhada antes do começo da intervenção. Porém, após a realização do programa, as três meninas demonstraram ter adquirido comportamentos de “atenção compartilhada”. Também a “imitação” além de ser uma necessidade a ser desenvolvida, porque faz parte de uma etapa do desenvolvimento pré-linguístico, foi trabalhada como estratégia interventiva. De acordo com Klinger e Dawson (1992), nos primeiros seis meses, a mãe se comunica com o bebê imitando seus movimentos corporais, expressões faciais e vocalizações. E o bebê responde com interesse visual, sorrisos e também imitando. Assim, como ato comunicativo, a imitação cumpre o papel de facilitar a interação social. Dentre as principais funções sociais da imitação pelos pais podem ser citados o aumento da atenção para a interação social, a facilitação da alternância de turno, o desenvolvimento do sentido de eu e a modelagem da expressão e consciência emocional. O bebê autista é incapaz de igualar o parceiro pela imitação e reciprocidade, não tem

experiências de contágio emocional, nem o sentido de correspondência eu-outro que se desenvolvem a partir do compartilhar físico e afetivo. Dessa maneira, os problemas na imitação impedem o estabelecimento da sincronia emocional que está por trás do *déficit* de relacionamento no Autismo (ROGERS; BENNETTO, 2000). Neste estudo foram trabalhadas imitações motoras, verbais e de ações, como “soltar beijo”, “dar *tchau*”. Destacou-se neste quesito a menina Izabel, que já apresenta desenvolvimento do pensamento simbólico quando “troca fralda” e “nina” sua boneca. Sabemos que a criança, ao reproduzir uma situação imaginária, congrega na brincadeira, os elementos da realidade social em que está inserida, facilitando a compreensão desse contexto. Logo, consideramos que os inúmeros brinquedos distribuídos em cantinhos temáticos, no Ambulatório Interdisciplinar, como a casinha de bonecas, o cantinho de carrinhos, de fantasias etc., tornaram um espaço significativamente potencializador para o aprendizado e o desenvolvimento infantil. As demais meninas alcançaram, mais facilmente, imitações motoras, observadas por meio das músicas infantis, como “Dona Aranha, Marcha Soldado e Pintinho Amarelinho”, realizando a reprodução dos gestos.

Durante o percurso do estudo, observamos a dificuldade dos cuidadores em “falar” com sua criança. Retomando o título do trabalho “Falando com bebês...”, pudemos constatar que uma atenção maior é dada ao rosto da mãe quando acompanhado de voz, do que na ausência de voz, corroborando, assim, com os estudos de Carpenter (1973), que defende tal afirmativa. As mães participantes desta pesquisa tinham pouco hábito de falar com a criança. Foram, então, orientadas para aproveitar os momentos dedicados à alimentação, à limpeza e ao banho para estimular as crianças por meio de conversas e brincadeiras, conversar com o bebê sempre que este estiver acordando e explicar o que estão fazendo (exemplo: “mamãe vai trocar a sua fralda”; “vamos à casa da vovó”). Este diálogo é muito importante no sentido de aumentar o vínculo familiar, estimular a linguagem, atenção e fixação ocular (BRAZELTON, CRAMER, 1992), bem como na formação de sinapses, sobretudo nos três primeiros anos de vida.

O estudo evidenciou ganhos nas habilidades sociocomunicativas das crianças, suavizando as características clínicas do Autismo, bem como mudanças no estilo de comunicação das cuidadoras, melhorando a sensação de bem-estar da família. Revelou também, a importância de se realizarem estudos futuros envolvendo um número maior de sujeitos e abrangendo as diversas camadas sócias econômicas, além de alertar para a necessidade de serem aplicados, no Brasil, instrumentos padronizados de avaliação, para rastreamento de sinais precoces de Autismo.

Desde 2017, a Sociedade Brasileira de Pediatria fez uma recomendação aos pediatras, orientando-os a aplicarem o instrumento M-CHAT a todas as crianças, a partir dos dezoito meses, no sentido de facilitar a identificação precoce do Autismo e consequente encaminhamento para as terapias, além da possibilidade de melhorar os resultados no funcionamento sócio adaptativo a longo prazo. “É papel de todo pediatra investigar na anamnese, na avaliação física e na aplicação de escalas quaisquer atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). A Academia Americana de Pediatria recomenda que todas as crianças passem por avaliação de rastreamento do Autismo até os 18 meses de idade, a fim de se submeterem a intervenções específicas às suas necessidades (SOLOMON et al., 2007). Esta pesquisa reafirma a máxima importância da identificação e intervenção precoces para crianças, desde o primeiro ano de vida.

As implicações clínicas (práticas) deste estudo para os profissionais podem ser a de alertar que a intervenção precoce em crianças com risco de Autismo deve considerar a família como o cliente da intervenção (GIROLAMETTO, 2006; DUNST et al., 2007).

Sobre a intensidade do tratamento, a literatura revela que o ideal seria em torno de 20 a 25h semanais ou mais (ZWAIGENBAUM et al., 2015) porém trata-se de tratamento bastante oneroso, pois requer uma intervenção intensiva, precoce e individualizada. Além de o plano de intervenção ser individualizado, sua implementação frequentemente ocorre na proporção de um para um, ou seja, um instrutor para cada criança. A intervenção é relativamente pouco disseminada na população brasileira, principalmente em função da: 1) baixa disponibilidade de profissionais especializados; 2) alta densidade populacional, com maior proporção de crianças (foco da intervenção precoce) necessitando desta do que em países desenvolvidos e 3) fragilidade das redes públicas de assistência à saúde e educação. Assim sendo, são de suma importância estudos que venham propor alternativas para ampliar o acesso de pessoas diagnosticadas com Autismo a atendimento, mantendo-se presentes os indicadores de qualidade das intervenções. A intervenção implementada por cuidadores, orientada por especialistas é, neste cenário, uma potencial alternativa. Nesta pesquisa as crianças foram atendidas uma ou duas vezes por semana e seus pais orientados, sistematicamente, pelos terapeutas para darem continuidade ao tratamento em casa e demais espaços frequentados pela criança (CANCINO, 2013). Podemos inferir que as três meninas apresentaram resultados diferentes, porque apresentam características diferentes, idades diferentes, história familiar, prejuízos cognitivos, aptidões e interesses próprios. No entanto,

há registros de novos comportamentos adquiridos pelas três meninas, em diferentes graus, como “sorriso social”; “compartilhamento de atenção”.

Sobre a duração do tratamento, para crianças menores de 3 anos, Zwaigenbaum (et al., 2015) recomendam, por meio da análise das melhores práticas, 02 anos de duração como o tempo ideal. Neste estudo, o período de tratamento de cada criança ficou entre 01 ano e 01 ano e meio, considerando-se as doenças, faltas não justificadas, viagens e outros. Apesar de serem estudos diferentes, é preciso que novas pesquisas se debrucem sobre este tempo mínimo para tratamento.

Para Nunes e Araújo (2014) as melhores práticas em intervenção precoce para crianças com Autismo indicam que o tratamento cumpra os seguintes requisitos: a) seja destinado a crianças de zero a cinco anos de idade, que estejam em risco de atraso ou desvio em seu desenvolvimento; b) seja baseado no perfil individual da criança; c) tenha enfoque no desenvolvimento de cinco domínios: atenção a elementos do ambiente, imitação, compreensão e uso da linguagem, jogo apropriado com brinquedos e interação social; d) analise os fatores de estresse familiar, conciliando os apoios necessários - sociais, clínicos e terapêuticos; e) envolva os pais como parceiros e agentes ativos na intervenção, que deve ocorrer no início de vida da criança, intensivamente (20-40h semanais). De acordo com o paradigma da inclusão, é sugerido que os programas de intervenção precoce sejam desenvolvidos nos espaços inclusivos da Educação Infantil, como as Creches e pré-escolas. Como afirma Nunes (1995), “a Creche é, por excelência, um dos espaços para o desenvolvimento de ações preventivas primárias. Dentre essas ações configuram-se os programas educacionais para crianças com riscos para a excepcionalidade”. Desta forma, diante da dificuldade para conciliarmos todas as recomendações para os programas de intervenção precoce, a Creche e as turmas de Educação Infantil tornam-se opções valiosas como cenários para estes programas.

Na literatura internacional, destaca-se um artigo de revisão (WALLON et al., 2015) cujo objetivo foi examinar e resumir criticamente o impacto das intervenções escolares destinadas a facilitar a competência social associada aos pares das crianças com transtorno do espectro do Autismo. Os estudos avaliados empregaram um *design* experimental de caso único, como este estudo em que foram incluídas crianças de 3 a 12 anos com TEA. A competência social foi avaliada em contextos escolares. As estimativas de tamanho de efeito foram calculadas usando o método *non overlap* de todos os pares e Tau-U. Foram revisados um total de 37 estudos, incluindo 105 crianças. Em geral, as estimativas variaram de fraco a forte, mas, em média, as intervenções revisadas produziram um efeito moderado a forte. Os

achados sugerem que as crianças com TEA podem se beneficiar das intervenções de habilidades sociais implementadas com colegas nas configurações escolares. Tal pesquisa corrobora a importância da inclusão escolar para a criança com Autismo.

Os estudos devem, portanto, analisar não apenas a ocorrência de determinados comportamentos, mas a sua frequência e intensidade. Dessa forma, talvez seja viável mostrar que as diferenças nos comportamentos sociais sejam qualitativas e que mesmo a sua baixa frequência não equivale a sua ausência. Estudos que investiguem esses aspectos poderão contribuir para dirimir diversos mitos em torno da possibilidade de as crianças com Autismo serem educadas, apresentando evidências de que é possível o investimento em um espaço escolar que, acima de tudo, é um direito.

Neste sentido, todas as três mães foram orientadas a matricular suas filhas em Creches, o que foi atendido. Izabel já estudava numa Creche particular, como bolsista, desde os 12 meses. Ana e Márcia foram matriculadas em Creches da Rede Municipal de Ensino, aos 22 meses. Para Camargos Jr e cols (2017) a pré-escola deve ser vista como parte do tratamento, pois é onde a criança recebe estímulos adequados, em quantidade e qualidade, por meio de seus pares e professores, evoluindo em relação aos marcos do desenvolvimento cognitivo, social e de linguagem.

Quanto à atuação dos profissionais, estes tiveram um relevante papel em ajudar a família a se engajar no tratamento de sua criança, tanto oferecendo a ela recursos para isto, por meio de um suporte, por exemplo, quanto funcionando como um orientador que auxiliou o cuidador a interagir mais satisfatoriamente com a sua criança. O tempo que o profissional passa com a criança é irrisório se comparado com o tempo que a família está com ela. Sem contar que, por mais naturais que as sessões procurem ser, elas são artificialmente estruturadas para parecerem naturais, o que não acontece no dia a dia da criança, que oferece inúmeras situações e possibilidades de interações que podem ajudá-la a se desenvolver “desde que o cuidador esteja atento para isso e sirvam como andaime para alavancar o desenvolvimento de sua criança”, conforme preconizam Klinger e Dawson (1992).

Deseja-se que a criança chegue à generalização, que ocorre quando a mudança de comportamento é durável ao longo do tempo, aparece em uma ampla variedade de ambientes ou se estende para uma variedade de comportamentos relacionados. (STOKES; BAER, 1977) Assinalamos que a generalização não é um processo passivo. Ou seja, podemos criar condições de forma a aumentar a probabilidade de generalização e não apenas esperar pela ocorrência deste fenômeno comportamental. Na presente pesquisa os cuidadores foram diariamente orientados sobre como ajudar a criança a manter os conhecimentos, habilidades e

comportamentos, utilizando-os em situações diversas, em casa e na escola. Pela impossibilidade de o pesquisador avaliar a criança em outros ambientes e contextos, apesar de imprescindível, optamos por ouvir o relato dos pais (apresentado no capítulo 4, item 4.4 deste estudo) sobre algumas generalizações evidenciadas pelas crianças. Apenas para citar alguns falas das cuidadoras em relação aos avanços e possíveis generalizações das crianças, cito: a mãe de Izabel disse “ela agora lancha junto com os demais coleguinhas na Escola”, “gosta de ir à Igreja comigo e vai no colo até de estranhos”, “chama a irmã para brincar”; a mãe de Ana relatou: “ela é ciumenta, se irrita quando coloco outra criança no colo, olha para mim e entendo que quer meu colo”, “não fica mais parada no cantinho, mexe na casa toda”; a mãe de Márcia explicitou: “quase não fica mais no cantinho atrás da porta, onde ninguém podia chegar”, “sai atrás das galinhas chamando “cocó” !”

Os resultados descritos neste estudo são condizentes com a literatura que indica ganhos no desenvolvimento de crianças com Autismo, decorrentes desse tipo de intervenção, especialmente quando iniciada em idades abaixo de 48 meses (DAWSON et al., 2010, LOVAAS, 1987; WARREN et al., 2011). Por outro lado, o estudo indica a necessidade de novas investigações, com um número maior de participantes, com melhor controle experimental e que sejam avaliados os efeitos de longo prazo desse tipo de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como considerações finais, identificamos que programas de intervenção precoce destinados a crianças com risco de Autismo, nos últimos anos, que adotam abordagens desenvolvimentista e interacionista, focadas na família, têm sido objeto de muitos estudos (ALDRED et al., 2004, ALDRED et al., 2001; CORREIA, 2005; MCCONACHIE, 2003, 2005; GIROLAMETTO et al., 2006; INGERSOLL, SCHREIBMAN, 2006; MAHONEY; PERALES, 2005; JOHNSON; 2007; SOLOMON, 2007). No Brasil não foram encontrados registros de programas de intervenção precoce específicos para crianças com Autismo, oferecidos pelo governo ou Universidades. No banco de teses da Capes, de 2014 a 2017 com os descritores “Autismo e intervenção precoce” aparecerem 3.460 resultados, porém quando acrescentamos o descritor “abordagem desenvolvimentista”, aparecem 421 resultados. Ao inserir os descritores “TAU-U e Autismo”, nenhum artigo ou trabalho de pesquisa foi mencionado. Este fato confere à presente pesquisa um caráter inovador.

Devido à escassez de estudos desse tipo no Brasil - tanto em termos metodológicos como em relação à intervenção precoce em Autismo- esta investigação se torna relevante. Futuras investigações no modelo de intervenção desenvolvimentista focada na família são necessárias para confirmar a sua eficácia com cuidadores primários (pais) e secundários (babás, educadores de Creche e professores da educação infantil) em contextos diferentes (residências e Creches) e em famílias de diferentes situações socioeconômicas.

No entanto, é preciso ressaltar as limitações deste estudo. Dentre elas, pode-se destacar, primeiramente, a característica intrínseca da metodologia do tipo sujeito-único, que não permite generalizar os resultados do estudo sem que haja replicações do programa (NRC, 2001 apud NUNES; NUNES e SOBRINHO, 2010).

Outra limitação diz respeito ao baixo poder aquisitivo de duas das famílias, impedindo a realização de duas intervenções semanais, bem como a dificuldade de entendimento, por parte das mães, em alguns momentos, sobre o que era solicitado, bem como o pouco acesso, por parte das crianças e suas famílias, a jogos e brinquedos, ou a falta de recurso financeiro para fazer alguns exames médicos e até para ida às consultas de acompanhamento com o neurologista ou psiquiatra infantil. Outros estudos podem vir a ser realizados com crianças de outras camadas sociais. Segundo Zwaigenbaum et al. (2015), o *status* socioeconômico, características familiares e fatores culturais podem apresentar barreiras à provisão de serviços. As famílias com *status* socioeconômico mais baixo provavelmente terão menos acesso aos serviços. Como os valores e diferenças culturais podem afetar os objetivos e

prioridades da família e, em alguns casos, podem levar a mal-entendidos, os clínicos e outros prestadores de serviços devem procurar compreender os valores, crenças e práticas de acompanhamento de famílias de diferentes culturas e assimilar esse conhecimento em seus parâmetros de prática em relação ao Autismo, que ocorrem em populações etnicamente diversas.

Tive dificuldade em fornecer uma atenção maior para as famílias, na ausência da criança, de modo que elas tivessem um espaço exclusivo para trabalhar as suas próprias questões. Dawson e Osterling (1997) citam algumas estratégias que podem ser utilizadas, como grupos de pais, programa de treinamento para eles e suporte emocional. Este último parece ser fundamental para que a cuidadora possa se dedicar e querer ajudar no tratamento de sua criança. Deste modo, recomenda-se que seja oferecido para as cuidadoras tanto um momento para o treinamento das estratégias da intervenção a serem utilizadas no dia a dia da criança, acompanhado de explicações dadas pelo profissional sobre os comportamentos das crianças, quanto um momento para que elas tenham um espaço para expressar seus próprios sentimentos, angústias, temores e desejos. Isto pode ser feito em sessões individuais e semanais, em torno de 40 minutos de duração.

Sabendo das incompletudes desta pesquisa, desejamos que a mesma seja inspiradora para outros profissionais e futuros estudos. Certamente, diversos aspectos apresentados neste estudo merecem aprofundamentos. “A realidade é sempre mais rica do que a teoria a que ela se refere”. (CARDOSO, 1986)

REFERÊNCIAS

- ADAMSON, L.B.; MCARTHUR, D. Joint attention, affect and culture. In C. MOORE; P.J. DUNHAM. *Joint attention its origins and role in development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1995. p. 205-221.
- ADRIEN, J. L.; FAURE, M.; PERROT, A.; HAMEURY, L.; GARREAU, B.; BARTHÉLÉMY et al. Autism and family home movies: Preliminary findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 21, n. 1, p. 43-49, 1991.
- ADRIEN, J.; LENOIR, P.; MARTINEAU, J.; PERROT, A.; HAMEURY, L. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 32, n. 3, p. 617-626, 1991.
- AHN, R. R., et al.. Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *Am J Occup Ther.*, v. 58, p. 287-93, 2004.
- ALDRED, C.; GREEN, J.; ADAMS, C. A new social communication intervention for children with autism: pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Oxford, v. 45, n. 9, p. 1420-1430, 2004.
- ALMEIDA, A.C. et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil. *Rev. Paul. Pediatr.*, v.34, n.1, p.122-131, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* .5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5): Transtorno do Espectro Autista*. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. Transtornos mentais: DSM-V. In: _____. *Manual diagnóstico e estatísticos de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 50-59.
- AMMLI, C. R. Alterações Sequenciais Normais Comportamentais e Fisiológicas no arco do desenvolvimento. In: UMPHRED, D.A. *Reabilitação Neurológica*. 4. ed. São Paulo: Manole, 2003.
- ANDERSON, S.R.; ROMANCZYK, R.G. Early intervention for young children with autism: Continuum-based behavioral models. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, v. 24, p.162–173, 1999.
- ANDRADE, P. Pediatra generalista: hoje e o futuro. *Revista de Pediatria do Ceará*, v. 6, n. 1, p. 10-11, 2005.
- ANZALONE, M. E.; WILLIAMSON, G. G. Sensory processing and motor performance in autism spectrum disorders. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B.M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p. 143-166.

ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM., *Rev. bras. ter. comport. cogn.* São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2014.

ARAÚJO, E. R. *Efeitos de um programa de intervenção precoce baseado no modelo mais que palavras – HANEN- para crianças menores de três anos com risco de Autismo.* Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 10520: Informação e documentação – citações em documentos – apresentação.* Rio de Janeiro, 2002b.

Autism Spectrum Disorder (ASD) – Data & Statistics disponível em (ASD) cdc.gov/ncbddd/autism/data.html, acessado em 24/01/2017.

AUTISMO síndrome do impossível. 2005 Disponível em <<http://pt.slideshare.net/danizinhap/modelo-Autismosindromedoimpossível>>. Acesso em: 26 jan. 2014.

BAGAROLLO, M.F.; PANHOCA, I. A constituição da subjetividade de adolescentes autistas: um olhar para as histórias de vida. *Rev Bras Ed Esp*, Marília, v.16, p.231-50, 2010.

BANDIM, J.M. et al. Autismo: Características clínicas, curso e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, n. 12, 1995.

BARANEK, G. T. Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 29, n. 3, p. 213-224, 1999.

BARANEK, G. T. Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 32, n.5, p.397-422, 2002.

BARBARO, J. Autism Spectrum Disorders in infancy and toddlerhood: A review of the evidence on early signs, early identification tool, and early diagnosis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, v.30, n.5, p.447-459, 2009.

BARON-COHEN, S. et al. Does the autistic child have a theory of mind.? *Cognition*, v. 21, p. 37-46, 1985.

BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 839-843, 1992.

BATES, E. *The emergency of symbols.* Cognition and communication in infancy. New York: Academic Press, 1979.

BERNARDINO, L. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). *O cravo e a rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* Salvador: Ágalma, 2008.

BARTON, M. et al. Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder in Toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, New York, v.43, n.5, p.1184-1195, 2013.

BLOOM, L. *The transition from infancy to language: Acquiring the power of expression*. Cambridge University Press; New York: 1993. pp. 21–34.

BOLSANELLO, M. A. Concepções sobre os procedimentos de intervenção precoce. *Educar em revista*, v. 22, p. 342-355, 2003.

BONIFACIO, S. et al. Assertive and responsive conversational skills of Italian-speaking late talkers. *International Journal of Language and Communication Disorders*, v. 42, n. 5, p.607-23, 2007.

BORBA, M.M.C. *Intervenção ao Autismo via cuidadores*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, 2014.

BORDIN, M. B. M.; LINHARES, M. B. M.; JORGE, S.M. Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 1, p. 49-57, 2001.

BOSA C. Sinais precoces de comprometimento social no Autismo infantil. In: CAMARGOS JR., W. (Ed.). *Transtornos invasivos do desenvolvimento*. Brasília: Corde, 2002b. p. 42-47.

BOSA, C ; ZANON, R. Bases teóricas do desenvolvimento pré-linguístico: implicações para o diagnóstico precoce do Autismo. In: CAMINHA, V. L.; HUGUENIN, J.; ASSIS, L. M.; ALVES, P. P. (Org.) *Autismo: Vivências e Caminhos*. São Paulo: Blucher, 2016.

BOSA, C. As relações entre Autismo, comportamento social e função executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, p. 281-289, 2001.

BOSA, C. *Affect, social communication and self-stimulation in children with and without autism: A systematic observation study of requesting behaviours and joint attention*. Tese (Doutorado) - Institute of Psychiatry, Universidade de Londres, Inglaterra, 1998.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s47-s53, May 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500007&lng=en&nrm=iso>. access on 22 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500007>

BOSA, C. Atenção compartilhada e identificação precoce do Autismo. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 15, n.1, p. 77-88, 2002a.

BOSA, C. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Porto Alegre, n. 28 (Supl), p 47-53, 2006.

BOSA, C. Compreendendo a evolução da comunicação do bebê: implicações para a identificação precoce do Autismo. In: HAASE, V. G.; FERREIRA, F.O.; PENNA, F.J. (Eds.).

Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. p. 319-328.

BOSA, C. Compreendendo a evolução da comunicação do bebê: implicações para a identificação precoce do Autismo. In: HAASE, V. G.; FERREIRA, F. O.; PENNA, F. J. (Org.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência.* Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BOSA, C.; LYRA, M. Social interaction and autism: methodological and theoretical issues. In: LYRA, M.C.D.P.; LIGHTFOOD, C.; VALSINER, J.; SALVATORE, S. (Org.). *Challenges and Strategies for studying human development in cultural contexts* Roma: Carlo Amore Edizioni, 2008.

BOSA, C.; PICCININI, C. Temperamento infantil e apego mãe-criança: Considerações teóricas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 10, n. 2, p. 193-212, 1994.

BOSA, C.; ZNON, R. Bases teóricas do desenvolvimento pré-linguístico: implicações para o diagnóstico precoce do Autismo. In: CAMINHA, V. L.; HUGUENIN, J.; ASSIS, L. M.; ALVES, P. P. (Orgs). *Autismo: vivências e caminhos.* São Paulo:Blucher, 2016. p.33-43.

BOYSSON-BARDIES, B. de. Como a fala surge na criança. *Rev. bras. psicanál.* São Paulo, v. 43, n. 1, p. 97-103, mar. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2009000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 jan. 2018.

BRAMBILLA, P., HARDAN, A., UCELLI DI NEMI, S., PEREZ, J., SOARES, J. C., BARALE, F.. Brain anatomy and development in autism: Review of structural MRI studies. *Brain Research Bulletin*, v.61, p. 557-569, 2003.

BRANDÃO, J.S. *Bases do tratamento por estimulação precoce de Paralisia Cerebral ou Dismotria Cerebral Ontogênica.* São Paulo: Mennon, 1992.

BRASIL. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Política nacional de prevenção das deficiências.* Brasília: MAS/COR, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde.* Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.* Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. 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 (AUTISMO)*. Brasília, 2014.

BRAZELTON, T. B. Prematuridade. In: BRAZELTON, T. B. (Org.). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 425-430.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRAZELTON, T. B.; KOSLOWSKI, B.; MAIN, M. The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In: LEWIS, M.; ROSENBLUM, L.A. (Eds.). *The effect of the infant on its caregiver*. New York: John Wiley & Sons, 1974. p. 49-76.

BRITO, A.; VASCONCELOS, M.M. Conversando sobre Autismo- reconhecimento precoce e possibilidades terapêuticas. In CAMINHA, V. L.; HUGUENIN, J; ASSIS, L.M.; ALVES, P. (Orgs). *Autismo: vivências e caminhos*. São Paulo: Blucher, 2016.

BROOKS R, MELTZOFF AN. The importance of eyes: How infants interpret adult looking behavior. *Developmental Psychology*., v. 38: p. 958–966, 2002.

BRUNER, J. *In search of mind: essays in autobiography*. New York: Harper & Row, 2001.

BRUNER, J. Focus on Autism and other. *Delvelopmental disabilities*, v. 16, n. 3, p. 179-189, 1983.

CAFIERO, J. M. *O efeito de uma intervenção da Comunicação Aumentativa na Comunicação, no comportamento, e no programa acadêmico de um adolescente com Autismo*.

CAIRNS, R. B. A contemporary perspective on social development. In P. S. Strain, M. Guralnick, & H. M. Walker (Orgs.), *Children´s social behavior. Development, assessment, and modification* .p. 3-47. Orlando: Academic Press, 1986.

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e Autismo: revisão crítica da literatura. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 65-74, 2009.

CAMARGO, S. P.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e Autismo: revisão crítica da literatura. *Psicologia & Sociedade*, v.21, n.1, p. 65-74, 2009.

CAMARGOS, J. W. *Autismo em bebês*. Brasil: Writer, 2008.

CAMARGOS, J. W et al. *Intervenção precoce no Autismo: guia multidisciplinar de 0 a 4 anos*. Belo Horizonte: Artesã, 2017.

CAMPANÁRIO, I. ; PINTO, J. *Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do Autismo e outras psicopatologias graves*. Salvador: Ágalma, 2006.

CAMPANÁRIO, I. ; PINTO, J. O atendimento psicanalítico do bebê com risco de Autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, v.11, n. 21, p.150-169, 2008.

CANCINO, M. H., *Transtornos do desenvolvimento e da comunicação: Autismo- estratégias e soluções práticas*. Rio de Janeiro: WAK, 2013.

CARDOSO, R. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. (org.). *A Aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 95-106.

CARDOSO, R. M. et al. Conhecimento de mães e auxiliares de desenvolvimento infantil referentes ao desenvolvimento da linguagem de crianças de 0 a 24 meses. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 13, n. 2, p. 85-94, 2003.

CARPENTER, C. G. *Mother-stranger discrimination in the early weeks of life*. Presented at the Biennial Meetin of S.R.C.D., Philadelphia, 1973

CARPENTER, M.; NAGELL, K.; TOMASELLO, M. Cognição social, atenção conjunta e competência comunicativa de 9 a 15 meses de idade. *Monografias da Sociedade de Pesquisa em Desenvolvimento Infantil*, v. 63, p. 1-143, 1998. (4,Série; 255).

CARPENTER, M. et al. Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, v.63, n. 4, 1988.

CARPENTER, M.; TOMASELLO, M. Joint attention, cultural learning, and language acquisition. Implications for children with autism. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B.M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p. 31-54.

CARVALHEIRA, G. et al. Genéticado Autismo. *Rev.Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.26, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516->. Acesso em: 2016.

CAVALLARO, C. et al. *The early behavioral development with autism: A study of first birthday home videotapes*. New York: Vintage Books, 2001.

CHAMBERLAIN, B. et al. Involvement or Isolation? The Social Networks of Children with Autism in Regular Classrooms. *Journal Dev. Disord*, n.37, p. 230-242, 2007.

CHARMAN, T.; BARON-COHEN, S.; SWETTENHAM, J.; BAIRD, G.; DREW, A.; COX, A. Predicting language outcome in infants with autism and pervasive developmental disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, v.38, p.265-285, 2003.

CHARMAN, T. Why is joint attention a pivotal skill in autism? In: FRITH, U.; HILL, E.L. *Autism: Mind and Brain*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CHARMAN, T.; BAIRD, G. Practioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 43, n. 3, p. 289-305, 2002.

CHARMAN, T.; SWERRWNHAM, J.; BARON-COHEN, S.; COX, A.; BRAID, G.; DREW, A. Infants with autism: an investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Developmental Psychology*, v. 33, n. 5, p. 781-789, 1997.

CHAWARSKA, K.; VOLKMAR, F. R. Autism in infancy and early childhood. In: VOLKMAR, F.R.; PAUL, R.; KLIN, A.; COHEN, D. (Eds.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3rd. ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2005. v. 1: p. 223-246.

CHAWARSKA, K.; PAUL, R.; KLIN, A.; HANNIGEN, S.; DICHTEL, L.; VOLKMAR, F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, v.37, p. 62-73, 2007.

CLIFFORD, S.; DISSANA YAKE, C. The early development of joint attention in infants with autistic disorder using home video observations and parental interview. *Journal of Autism and Development Disorders*, v. 38, p. 791-805, 2008.

COLÔA, J. *Programa de Intervenção, Ensino Estruturado, Modelo Teacch*. 2010. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/jcoloa/Autismo-modelo-teacch-isp>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

CORRÊA NETO, M.M.F. *Práticas interventivas precoces de comunicação para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): um estudo quase experimental*. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

CORREIA, J.R. Por que uma intervenção precoce nos distúrbios psíquicos?. In: WANDERLEY, D.B. (Org.). *Palavras em torno do berço*. Salvador: Ágalma, 1997.

CORREIA, O. B. F. *Aplicabilidade de um programa de intervenção precoce em crianças com possível risco autístico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - PUC-RJ, Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, J. *Ordem médica e norma familiar*. Ed. rev. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

CRAIS, E.; DOUGLAS, D.; CAMPBELL, C. The intersection of developmental of gestures and intentionality. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, v.47, n.3, p. 678-694, 2004.

CUNHA, A.C.B. Promovendo aquisição de linguagem funcional em criança deficiente visual: o efeito de um treinamento de mãe em procedimentos de ensino naturalístico. *Temas Psicol.* [online], v. 5, n. 2, p. 33-56, 1997.

DALEY, T. From symptom recognition to diagnosis: children with autism in urban India. *Social Science & Medicine*, v.58, p.1323-1335, 2004.

DARBAR, I. A.; VASCONCELLOS, C. A. B.; ARRUDA, F. L. T. Comparação do parâmetro motor de crianças com paralisia cerebral: aplicação da escala GMFM versus entrevista com os pais. *Temas sobre Desenvolvimento*, São Paulo, v. 16, n. 91, p. 21-24, 2008.

DAWSON, G.; TOTH, K.; ABBOTT, R.; OSTERLING, J.; MUNSON, J.; ESTES, A.; LIAW, J. Early social attention impairments in autism: Social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology*, v.40, p.271–283, 2004.

DAWSON G. A psychobiological perspective on the early socioemotional development of children with autism. In: TOTH, S.; CICHETTI, D. (Editors). *Rochester symposium on developmental psychopathology*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1991. v. 3: p. 207–234.

DAWSON, G.; OSTERLING, J. Early intervention in autism. In: GURALNIK, M. J. (Org.). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1997. p. 307-326.

DAWSON, G. et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, v.125, n.1, p. e17-e23, 2010.

DAWSON, G., MELTZOFF, A. N., OSTERLING, J., RINALDI, J., BROWN, E. Children with autism fail to orient to naturally occurring social stimuli. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 28, p.479–485, 1998.

DAWSON, G.; GALPERT, L. A developmental model for facilitating the social behavior of autistic children. In: SCHOPLER, E.; MESOBOV, E.B. (Eds.). *Social behavior in autism*. New York: Plenum, 1986. p. 237-261.

DAWSON, G.; LEWY, A. Arousal, attention, and the socioemotional impairments of individuals with autism. In: DAWSON, G. (Org.), *Autism: nature, diagnosis and treatment*. New York: Guildford Press, 1989. p. 49-74.

DAWSON, G.; OSTERLING, J. Early intervention in autism. In: GURALNIK, M.J. (Org.). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1997. p. 307-326.

DEGENSZAJN, R. Uma experiência de ensino de saúde mental da criança com médicos residentes de pediatria, in WANDERLEY, D.B. (Org.). *O cravo e a rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* Salvador: Ágalma, 2008.

DELLA BARBA, P. C. S. *Identificação precoce de Autismo: A aplicabilidade do instrumento Chat e levantamento das necessidades de pediatras para capacitação*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2002.

DESSEN, M.A.; COSTA JR., Á.L. *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DUNLAP, G.; ROBBINS, F.R. Current perspectives in service delivery for young children with autism. *Comprehensive Mental Health Care*, v. 1, p.177–194, 1991.

DUNST, C. J.; HAMBY, D. W.; BROOKFIELD, J. Modeling the effects of early childhood intervention variables on parent and family well-being. *Journal of Applied Quantitative Methods (JAQM)*, v. 2, n. 3, p. 268-288, 2007.

EKER, c. et al. *Sensory Processing Measure- Preschool*. Westen, L. Angeles: Psychological Services, 2010.

ESCALONA, A. et al. Imitation effects on children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.32, p.141-144, 2002.

FAGGIANI, R. *Terapia ABA* 2010. Disponível em: <<http://www.Autismo.psicologiaeciencia.com.br/terapia-aba/>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

FAGUNDES, A. J. *Descrição, definição e registro de comportamentos*. São Paulo: Edicon, 1985.

FAVERO-NUNES, M.A.; SANTOS, M.A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno Autismo. *Psicol Refl Crít.*, v.23, p. 208-21, 2010.

FERLAND, F. *O Modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006.

FIAES, C. S.; BICHARA, I.D. Brincadeiras de faz-de-conta em crianças autistas: limites e possibilidades numa perspectiva evolucionista. *Estud. psicol.* (Natal) [online], v.14, n.3, p.231-238, 2009. ISSN 1678-4669. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300007>.

FIGUEIREDO, C. S. *Um estudo sobre programas de intervenção precoce e o engajamento dos pais como co-terapeutas de seus filhos*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC, Rio de Janeiro, 2014.

FILIPE, C. *Autismo: conceitos, mitos e preconceitos*. Lisboa: Verbo, 2012.

IORE-CORREIA, O.; LAMPREIA, C. A conexão afetiva nas intervenções desenvolvimentistas para crianças autistas. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 4, p. 926-941, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000400012>.

FLORES, M. R.; SMEHA, L. N. Bebês com risco de Autismo: o não-olhar do médico. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982013000300010>.

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, v. 65, n. 6, p. 591-598, 2009.

FORMIGA, C. K. M. R. *Programa de Intervenção com Bebês Pré-Termo e suas Famílias: Avaliação e Subsídios para Prevenção de Deficiências*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

FORMIGA, C. K. M.; PEDRAZANNI, E. S.; TUDELLA, E. *Intervenção precoce em bebês de risco*. S. Paulo: Atheneu, 2010.

FOSTER, O. Autismo em neurologia infantil. In: JERUSALINSKY, A. (Org.). *Psicanálise e o desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

FREITAS, P.M. et al. Deficiência intelectual e o transtorno do espectro autista: fatores genéticos e neurocognitivos. PUC Minas. *Revista Pedagogia em Ação*. v.8, n.2, 2016.

FRITH, Uta. Cognitive explanations of autism. *Acta Paediatrica*, v. 416, p. 63-68, 1996.

GAGNEBIN, J. M. Infância e Pensamento. In: GHIRALDELLI JÚNIOR, P. (Org.). *Infância, Escola e Modernidade*. São Paulo: Cortez Editora, 1997. p. 83-100.

GARCIA, M. L.; LAMPREIA, C. Limites e possibilidades da identificação de risco de Autismo no primeiro ano de vida. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 300-308, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000200011>.

GIBBS, V. et al. Brief report: an exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, New York, v.42, n.8, p.1750-1756, 2012.

GIRARDI, A. C. et. al. *Autismo: testes genéticos valem a pena?* Centro de Pesquisas sobre o Genoma Humano e Células-Tronco (CEGH-CEL), Instituto de Biociências, USP, 2017.

GIROLAMETTO, L.; SUSSMAN, F.; WEITZMAN, E. Using case study methods to investigate the effects of interactive interventions for children with autism spectrum disorders. *Journal of Communication Disorders*, v.40, p. 470-492, 2006.

GIROLAMETTO, L.; WEITZMAN, E. It takes two to talk: The Hanen Program for Parents: Early Language Intervention through Caregiver Training. In: MCCAULEY, R.; FEY, M. (Eds.). *Treatment of language disorders in children*. New York: Brookes Publishing, 2006a. p. 77-103.

GOLDSTEIN, H. Communication intervention for children with autism: a review of treatment efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.32, n. 5, p. 373-396, 2002.

GOMES, C. G. S. G. Autismo e ensino de habilidades acadêmicas: Adição e Subtração. *Revista Brasileira*, Ed. Especial, Marília, v. 13, n. 3, p. 345-364, set./dez. 2007.

GOMES, R. T. *Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com transtorno invasivo do desenvolvimento na escola regular*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

GOODRICH, H. M. Z. *Introdução à teoria de processamento sensorial*. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Lins, 2010. Apostila preparada para curso de Especialização.

GRANDIN, T. *Thinking in pictures: and other reports from my life with autism*. New York: Vintage Books, 1995.

GREENSPAN, S.I.; WIEDER, S. Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, v. 1, p.87-141, 1997.

GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. A developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes. In: GRANDIN, T. *Thinking in pictures: and other reports from my life with autism*. 2005; Disponível em <http://pt.slideshare.net/danizinhap/modelo-Autismosindromedoimpossive>. Acesso em 26 de Janeiro de 2014; 2013;

GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. A developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: a transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000.

GREENSPAN, S.; WIEDER, S. *Engaging autism: using the floortime approach to help children relate, communicate and think*. Cambridge: Da Capo Lifelong Books, 2006.

GURALNICK, M. J. Early childhood intervention: evolution of a system. *Focus on autism and other Developmental Disabilities*, v. 15, n.2, p. 68-79, 2000.

GURALNICK, M. J.; CONLON, C. Early intervention. In: BATSHAW, M.; PELLIGRINO, L.; ROIZEN, N. (Eds.). *Children with Disabilities*. 6th ed. Baltimore: Paul H. Brookes. 2007. p. 511-521.

HALLMAYER, J.; CLEVELAND, S.; TORRES, A. et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 2011.

HALPERN, R. *Manual de Pediatria do Desenvolvimento e do Comportamento*. 1 ed. São Paulo: Manole, 2015.

HAMER, B; L., MANENTE, M. V., CAPELLINI, V. L. M. Autismo e família: revisão bibliográfica em bases de dados nacionais. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 8., 05 a 07 nov. 2013, Londrina.

HAMER, B. L.; MANENTE, M. V.; CAPELLINI, V. L. M. F. Autismo e família: revisão bibliográfica em bases de dados nacionais. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, v. 31, n. 95, p. 169-177, 2014.

HANDLEMAN, J.S.; HARRIS, S.L. *Preschool Education Programs for Children with Autism*. 2nd ed. Austin, TX: Pro-Ed, 2000.

HARRIS, S.L.; HANDLEMAN, J.S., eds. *Preschool Education Programs for Children with Autism*. Austin, TX: Pro-Ed, 1994.

HILL, E. L.; FRITH, U. Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions of The Royal Society of London, Series B, Biological Sciences*, v. 358, p. 281-289, 2003.

HSIEH, et al. The effects of training on caregiver implementation of incidental teaching. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.44, n.1, 199-203, 2011.

HOBSON, P.; ACCARDO, J.A.; CAPUTE, A.J. *A Neurodevelopmental Perspective on the Continuum of Developmental Disabilities*. 3th ed. Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., 2008.

HOBSON, P. *The cradle of thought*. London: Macmillan, 2002.

HOBSON, P. Wittgenstein and the developmental psychopathology of autism. *New Ideas in Psychology*, v.27, p.243-257, 2009.

HUMPHREY, N.; SYMES, W. Autismo: Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders. *SAGE Publications and The National Autistic Society*, v. 15, p. 397-419, 2011. Disponível em: <<http://aut.sagepub.com/content/15/4/397>>. Acesso em: 2016.

INGERSOLL, B.; SCHREIBMAN, L. Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: effects on language, pretend play, and joint attention. *J Autism Dev Disord.*, v.36, n.4, p.487-505, 2006.

INGERSOLL, B.; GERGANS, S. The effect of a parent-implemented naturalistic imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, v.28, p.163-175, 2007.

INGERSOLL, B.; GERGANS, S. The social role of imitation in autism: Implications for the treatment of imitation deficits. *Infants & Young Children*, v.21, n.2, p.107-119, 2007.

INGERSOLL, B.; GERGANS, S. Brief Report: Pilot randomized controlled trial of Reciprocal Imitation Training for teaching elicited and spontaneous imitation to children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.40, p.1154-1160, 2010.

INGERSOLL, B.; GERGANS, S. Brief Report: Effect of a focused imitation intervention on social functioning in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 42, p. 1768-1773, 2012.

JÄRBRINK, K.; KNAPP, M. The economic impact of autism in Britain. *Institute of Psychiatry and London School of Economics*. v.5, n.1, p.7-22, 2001.

JERUSALINSKY, J. Poderia a teoria lacaniana da pulsão fazer avançar a pesquisa sobre o Autismo? *Psicanálise e clínica de bebês*, Curitiba, n. 4, p. 76-90, 2000.

JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem*. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, J. Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: Wanderley, D.B.; org. [e tradução], *Palavras em torno do berço: intervenções precoces do bebê e família*. Salvador, BA: Álgama, 1997. p. 129 - 140.

JERUSALINSKY, J. (Org.). *O que a clínica do Autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador, BA: Álgama, 1991. (Coleção Psicanálise da Criança, Coisa de Criança; v.1, n. 1).

JERUSALINSKY, J. *Temporalidade e Clínica com Bebês: uma abordagem da clínica da estimulação precoce a partir do corte epistemológico da psicanálise*. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

JOHNSON, C. P. et al. Council on children with disabilities. AAP. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. v. 120. 2007.

KANDEL, E.R.; SCHWATZ, H; JESSEL, T. M.; *Princípios da neurociência*. 4 ed. São Paulo: Manole, 2002.

KANNER, L. *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*, v.2, p. 217-250, 1943.

KAZDIN, A. E. Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, v.30, n.1, p. 59-67, 2001.

KEINERT, M.H.J.M., ANTONIUK, S.A. *Espectro Autista: o que é? O que fazer?* 2 ed Curitiba: Íthala, 2017.

KLAUS, M.; KLAUS, P. *O Surpreendente Recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev Bras Psiquiatr.*, v.28 Supl I, p.: S1-2, 2006b.

KLIN, A.; JONES, W.; SCHULTZ, R.T.; VOLKMAR, F. The enactive mind, from actions to cognition: lessons from autism. *Philos Trans R, Soc Lond B Biol Sci.*, v. 358, n.1430, p.345-60, 2003.

KLIN, A.; PAULS, D.; SCHULTZ, R.; VOLKMAR, F. Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. *J Autism Dev Disord.*, v.35, n.2, p.221-34, 2005.

KLIN, A.; CHAWARSKA, K.; RUBIN, E.; VOLKMAR, F. Avaliação clínica de crianças com risco de Autismo. *Porto Alegre - RS*, v.29, n. 1 (58), p. 255 – 297, jan./abr. 2006a.

KLINGER, L. G.; DAWSON, G. Facilitating early social and communicative development in children with autism. In: WARREN, S. F.; REICHLE, (Orgs.). *Causes and effects in communication and language intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1992. p.157-186.

KOEGEL, R. L.; WILLIAMS, J. A. Direct vs. indirect response: Reinforcer relationships in Autistic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v.8, n. 4, p. 537-547, 1980.

KOEGEL, R.L.; O'DELL, M.; KOEGEL, L. K. A natural language Autistic paradigm for nonverbal autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, v. 17, p. 187-199, 1987.

KUDO, A. M. et al. (Org.). *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional*. São Paulo: Sarvier, 1994.

LAMPREIA, C. *A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no Autismo. Estud. psicol. (Campinas)*, v. 24, n.1, p.105-114, mar. 2007, ISSN 0103-166X. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100012>.

LAMPREIA, C. Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. *Psicol. estud.*, v.8, n.1, p.57-65, jun. 2003.

LAMPREIA, C. Linguagem e atividade no desenvolvimento cognitivo: algumas reflexões sobre as contribuições de Vygotsky e Leontiev. *Psicol. Reflex. Crit.*, v.12, n.1, p.225-240, 1999.

LAMPREIA, C. Perspectivas da Pesquisa Prospectiva com Bebês Irmãos de Autistas. *Psicologia Ciência e Profissão*, p. 160-171, 2009.

LAMPREIA, C.; LIMA, M.R.L. *Instrumento de vigilância precoce do Autismo: manual e vídeo*. 2 ed. Rio de Janeiro: PUC, 2013.

LAMPREIA, Carolina. O processo de desenvolvimento rumo ao símbolo: uma perspectiva pragmática. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 117-128, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 maio 2016.

LANDA, R. Early Communication Development and Intervention for Children with Autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, v.13, p.16-25, 2007.

LANDA R., et al. Intervention targeting development of socially synchronous engagement in toddlers with autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 52(1):13–21, 2011.

LAI, C. Y.Y., et al. Sensory Processing Measure-HK Chinese version: Psychometric properties and pattern of response across environments. *Research in Developmental Disabilities* 32, p. 2636–2643, 2011.

LAZNIK, M-C. *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. Tradução de Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 1997.

LEWIS, V.; BOUCHER, J.; LUPTON, L.; WATSON S. Relationships between symbolic play, functional play, verbal and non-verbal ability in young children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, v. 35, p. 117-127, 2000.

LIMA, C., *Perturbações do Espectro do Autismo: manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel, 2012.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; MACHADO, C. K. F. C.; MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, v.13, n.25, p.59-72, 2003.

LINHARES, M.B.M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.12, p. 18-24, 2003.

LOVAAS, O I. *The autistic child: Language development through behavior modification*. New York: Irvington Press, 1977.

LOVAAS, O. I. *Teaching Individuals with Developmental Delay: Basic Intervention Techniques*. Austin: Pro-ed, 2002.

LOVAAS, O.I. *Teaching developmentally disabled children. The "me" book*. Baltimore, MD: University Park Press 1981.

LOVAAS, O.I.; VARNI, J.; KOEGEL, R.; LORSCH, N.L. Some observations on the nonextinguishability of children's speech. *Child Development*, v.48, p.1121-1 127, 1975.

LOVAAS, O. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.55, n.1, p.3, 1987.

MAESTRO, S. et al. Early behavioral development in autistic children: The first 2 years of life through home movies. *Psychopathology*, v.34, n. 3, p. 147-152, 2001.

MAESTRO, S. et al. How young children treat objects and people: An empirical study of the early year of life in autism. *Child Psychiatry and Human Development*, v.35, n.4, 2005.

MACHADO, Ana Carolina Cabral de Paula et al . PROCESSAMENTO SENSORIAL NO PERÍODO DA INFÂNCIA EM CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO: REVISÃO SISTEMÁTICA. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 92-101, mar. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000100092&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 jun. 2018. Epub 20-Fev-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00008>.

MAHONEY, G.; PERALES, F. Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: a comparative study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, v. 26, n. 2, April, 2005.

MAIA, F.A.; ALMEIDA, M.T.C.; de OLIVEIRA, L.M.M.; et al. Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do Autismo de um filho. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v.24, p.228-234, 2016.

MANDELL, D. S.; LISTERUD, J.; LEVY, S. E.; PINTO-MARTIN, J. A. Race differences in the age among medicaid-eligible children with autism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.41, p.1447-1453, 2002.

MANDELL, D.; NOVAK, M.; ZUBRITSKY, C. Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, v.116, p.1480-1486, 2005.

MARIOTTO, R. M.M. Atender, cuidar e prevenir: a creche, a educação, a psicanálise. *Estilos da Clínica*, v. 8. n. 15 ,p. 34-47, jun. 2003.

MASSIE, H. N. The early natural history of childhood psychosis. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, v.18, p.583-591, 1978.

MCCONNELL, S. R. Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 32, n.5, p. 351-372, 2002.

MCWILLIAM, R. A. The family-centeredness of individualized family service plans. *Topics in Early Childhood Special Education*, v.18, n.2, p.69-82, 1998.

MCWILLIAM, R. A. *Early intervention in natural environments: A five-component model. Early Steps.*, 2010. Disponível em: <<http://www.siskin.org/www/docs/112.180/>>. Acesso em: 1 out. 2010.

MELLO, A.M. et al. IS. *Retratos do Autismo no Brasil*. São Paulo: Associação dos Amigos do Autista; 2013.

MELTZOFF, A.N.; BROOKS, R. Developmental changes in social cognition with an eye towards gaze following. In: CARPENTER, M.; TOMASELLO, M. (Editors). Action-based measures of infants' understanding of others' intentions and attention. SYMPOSIUM CONDUCTED AT THE BIENNIAL MEETING OF THE INTERNATIONAL CONFERENCE ON INFANT STUDIES, 2004 May, Chicago, IL.

MELTZOFF, A.N. Imitação e outras mentes: a hipótese "Like me". In: HURLEY S.; CHATER, N. (Editores). *Perspectivas sobre imitação: da neurociência cognitiva às ciências sociais*. MIT Press; Cambridge: 2005. pp. 55-77.

MELTZOFF, A.N. Origens da teoria da mente, da cognição e da comunicação. *Journal of Communication Disorders*, v. 32, p. 251-269, 1999

MERCADANTE, M. T.; ZILBOVICIUS, M. *Autismo e cérebro social*.(Org.). São Paulo: Segmento Farma, 2009.

MERRELL, K. W; GIMPEL, G. A. *Social skills of children and adolescents: Conceptualization, assessment, treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.

MIRENDA, P.; ERICKSON, K. A. Augmentative communication and literacy. In: WERTHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*.Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.333-367.

MOMO, A. R. B.; SILVESTRE, C.; GRACIANI, Z. *Atividades sensoriais na clínica, na escola, em casa*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2012.

MOURA, D. *Autismo: Síndrome do impossível de nós mesmos*. Rio de Janeiro, 2005.

MUNDY P, SIGMAN M, KASARI C. A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.20, p.115-128, 1990.

MUNDY, P.; SIGMAN, M.; UNGERE, J.; SHERMAN, T. Non-verbal communication and play correlates of language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.17, p.349–364, 1987.

MUNDY, P.; SULLIVAN, L.; MASTERGEORGE, A.M. A parallel and distributed processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Res.*, v.2, n.1, p. 2-21, Feb. 2009.

MUNDY, P.; SIGMAN, M.; KASARI, C. Joint attention, developmental level, and symptom presentation in autism. *Dev Psychopathol.*, Cambridge University, v.6, p. 389-401, 1994. Disponível em: < <http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=DPP>>. Acesso em: 3 abr. 2010.

MUNDY, P. Annotation: The neural basis of social impairments in autism: The role of the dorsal medial-frontal cortex and anterior cingulate system. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 44, p. 793-809, 2003.

MUNDY, P.; STELLA, J. Joint attention, social orienting, and nonverbal communication in autism. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders.: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.55-77.

MURAHOSVSCHI, J. *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. 7 ed. São Paulo: Sarvier, 2013.

MURRAY, D. et al. The Relationship between joint attention and language in children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, v. 23, n. 1, p. 5-14, 2008.

MYERS, D. et al. *Introdução à Psicologia Geral*. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

NADEI, J., et al. Do autistic children have ontological expectancies concerning human behavior? *Autism*, v.4, n.2, p. 133-145, 2000.

NATIONAL AUTISM CENTER (Ed.). *Evidence-based practice autism in the schools: a guide to providing appropriate interventions to students with autism spectrum disorders*. 2. ed. Randolph, Massachusetts: National Autism Center, 2011.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *Educating children with autism*. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Catherine Lord and James McGee (Eds). Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

NAVARRO, A. A. *Estimulação precoce: inteligência emocional e cognitiva (0 a 1 ano)*. São Paulo: Vergara, 2016.

NOGUEIRA, S. E.; SEABRA, K; SEIDL DE MOURA, M. L. Diagnóstico precoce de Autismo e desenvolvimento infantil inicial: Um estudo comparativo de dois bebês com um mês de vida. [Resumos]. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA (Org.). REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 30., 2000. *Anais...* Brasília, DF. : SBP, 2000.

NOGUEIRA, S.E.; MOURA, M. L. S. Intersubjetividade: perspectivas teóricas e implicações para o desenvolvimento infantil inicial. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 128-132, ago. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jan. 2018.

NOTERDAEME, M.; HUTZELMEYER-NICKELS, A. Early symptoms and recognition of pervasive developmental disorders in Germany. *Autism*, v.14, n.6, p. 575-588, 2010.

NUNES, L.R.P. Métodos naturalísticos para o ensino da linguagem funcional em indivíduos com necessidades especiais. In: ALENCAR, E. S. (Org.). *Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino e aprendizagem*. São Paulo: Cortez, 1992

Nunes, L. R. Educação precoce para bebês de risco. In: RANGE, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitive*. Campinas: Psy., 1995. p. 121-132.

NUNES, D. R. AAC Interventions for autism: A research summary. *International Journal of Special Education*, v.23, p.17-26, 2008.

NUNES, D. R.; NUNES SOBRINHO, F. P. Comunicação alternativa e ampliada para educandos com Autismo: considerações metodológicas. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, Marília, v. 16, n. 2, Aug. 2010. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413->. Acesso em: 2016.

NUNES, D.R. P. A imitação como estratégia interventiva em crianças com transtorno do espectro do Autismo. In: ALCHIERI, J.C. (Org.). *Psicologia em saúde no contexto do Mercosul*. Natal:EDUFRN, 2016. p.139-155.

NUNES, D. R. P. *Efeitos dos procedimentos naturalísticos no processo de aquisição de linguagem através de sistema pictográfico de comunicação em criança autista*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, D. R. P. *Rotinas interativas entre criança com Autismo e cuidador*. Rio Grande do Norte: UFRN, 2012. Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq (em andamento).

NUNES, D. R. P.; ARAÚJO, E. R. Autismo: a educação infantil como cenário de intervenção. Dossiê Educação Especial: diferenças, currículo e processos de ensino e aprendizagem. *Arquivos analíticos de políticas educativas*, v..22, n. 84, ago. 2014.

NUNES, D. R. P; NUNES SOBRINHO, F. P. Comunicação alternativa e ampliada para educandos com Autismo: considerações metodológicas. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v.16, n.2, p.297-312, maio/ago. 2010.

NUNES, D. R.; NUNES, L. R. Efeitos dos procedimentos naturalísticos no processo de aquisição de linguagem através de sistema pictográfico em criança autista. In: NUNES, L. R (Org.). *Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais*. Rio de Janeiro: Dunya, 2003. P. 125-141.

NUNES, L. R. O. (Org). *Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais*. Rio de Janeiro: Dunya Editoria, 2003.

NUNES, L. R.O.P. et al. O valor dos testes de bebês e suas implicações para a Psicologia do Desenvolvimento e Educação Especial. *Rev. bras. educ. espec.* [online], v.1, n.2, p. 107-125, 1994. ISSN 1413-6538.

OLIVEIRA, J. P.; BRAGA, T. M. S. Participação de familiares em práticas educativas de equipes multidisciplinares. *Revista de Extensão e Pesquisa em Educação e Saúde*, Marília Unesp Publicações, n. 2, p. 95-103, 2004.

OLIVEIRA, L. D et al. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Rev. CEFAC* [online], v.14, n.2, p. 333-342, Epub June 17 2011. ISSN 1982-0216. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000054>.

OMS. *CID 10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10 rev. 1987.

OPAS, Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Organização Pan-Americana de Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes da infância. Washington, D. C., 2006.

OSTERLING, J. A.; DAWSON, G. Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 24, n. 3, p.247-257, 1994.

OSTERLING, J. A.; DAWSON, G.; MUNSON, J. A. Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Development and Psychopathology*, v. 14, n. 2, p. 239-251, 2002. p. 383-396, 2005.

OZONOFF, S. et al. A prospective Study of the emergence os early behavioral signs of autism. *Journal of the academy of child & adolescent psychiatry*, v. 49, n. 3, p. 256–266, 2010.

PANERAI, S. et al. Special Education Versus Inclusive Education: The Role of the AUTISMOCCH Program. *J Autism Dev Disord* , n 39, p. 874–882, 2009.

PALMIERI, L.A. et al. Use of the Internet for Information Searches: ABA, Autism, and the Web. In: ANNUAL CONVENTION OF THE ASSOCIATION FOR BEHAVIOR AnaLYSIS, 24., Orlando: FL, 1998.

PAVONE P. et al. Epilepsy is not a prominent feature of primary autism. *Neuropediatrics*. 35(4):207–210, 2004

PARKER, R. I. *et al.* Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior Therapy*, v. 42, n. 2, p. 284–299 , 2011.

PEDROMÔNICO, M. R. M. Problemas de desenvolvimento da criança: prevenção e intervenção. Em II Encontro de Estudos do Desenvolvimento Humano em Condições

Especiais. São Paulo, agosto de 2003. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.12 (Supl esp), p.7-9, 2003.

PEREIRA, M. *Autismo: uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Lisboa: Gaia, 2006. (Coleção Biblioteca do Professor; Gailivro. V.N.)

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Crianças com e sem síndrome de Down: valores e crenças de pais e professores. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, Marília, v. 13, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rbee>>. Acesso em: 31 maio 2008.

PÉREZ-RAMOS, A. M. Q.. O ambiente na vida da criança hospitalizada. In: BOMTEMPO, E. ; ANTUNHA, E.G.; OLIVEIRA, V.B. (Orgs.), *Brincando na escola, no hospital, na rua* Rio de Janeiro: Wak, 2006. p.111-126.

PIAGET, J. *Intelligence and affectivity: their relationship during child development*. Palo Alto, Calif: Annual Reviews, 1981.

PINTO, Rayssa Naftaly Muniz et al . Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 3, e61572, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300413&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2018. Epub Oct 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>.

PRIZANT, B. M.; SCHULER, A. L. Understanding the communication nature of communication and language impairments. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.109-141

PRIZANT, B. M.; WETHERBY, A. M. Understanding the continuum of discrete-trial traditional behavioral to social-pragmatic developmental approaches in communication enhancement for young children with autism/pdd. *Seminars in Speech and Language*, v.19, n.4, p.329-350, 1998.

PRIZANT, B. M.; WETHERBY, A. M.; RYDELL, P. J. Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.193-224.

PRIZANT, B.; MEYER, E. Socioemotional aspects of language and social-communication disorders in young children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, v. 2, p. 56–71, 1993.

RAINES, D.A. Suspended mothering: women's experiences mothering an infant with a genetic anomaly identified at birth. *Neonatal Netw.* V.18, n.5, p. 35-9, 1999. <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.18.5.35>. PMID:10693477.

RAMMEY, C. T.; RAMMEY, S. L. Early intervention and early experience. *American Psychologist*, v.53, p.109-120, 1998.

RAPIN, I.; TUCHMAN, R.F. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis. *Pediatric Clinics of North America*, v. 55, p. 1129-1146, 2008.

RAPPORT, A.; PICCININI, C. O ingresso e adaptação de crianças pequenas à creche: alguns aspectos críticos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v.14, n. 1, p 81-85, 2001.

REICHOW, B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.42, n.4, p.512-520, 2011.

RELVAS, M. P. *Neurociência e educação: Potencialidades dos gêneros humanos na sala de aula*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Wak; 2010.

RELVAS, M. P. *Neurociência e transtornos de aprendizagem: As múltiplas eficiências para uma Educação Inclusiva*. 5 ed. Rio de Janeiro: Wak; 2009.

RIBAS, A. F. P. *Interações precoces mãe-bebê: A gênese de zonas de construção*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 1996.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL DE MOURA, M. L. Construção de um questionário para o estudo da concepção de adultos acerca das competências do recém-nascido. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 47, p. 89-99, 1995.

ROBINS, D. L. et al. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J. Autism Dev Disord*, v.31, n.2, p.133-144, 2001.

ROEDIGER, R., *O que aconteceu com o behaviorismo*. 2004. Disponível em: <www.pospsicopatologia.com.br>. Acesso em 5 mar. 2014.

ROGERS, S. J., et al. Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.44, p. 763-781, 2003. Disponível em: <<http://fragilex.org/pdf/rogers-et-al2003-imitation.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2010.

ROGERS, S. J.; BENNETTO, L. Intersubjectivity in autism: the roles of imitation and executive function. WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.79-107.

ROGERS, S. J.; WILLIAMS J. H. G. Imitation in autism: Findings and controversies. In: ROGERS, S.J.; WILLIAMS, J.H.G (Eds.). *Imitation and the social mind: Autism and typical development*. New York: The Guilford, 2006. p. 277-309.

ROGERS, S.; DAWSON, G. *Early Start Denver Model*. New York: The Guilford Press, 2010.

ROGERS, S.; DAWSON, G.; VISMARA, L. *An early start for your children with autism*. New York: The Guilford Press, 2012.

RUTTER, M. L. Progress in understanding autism: 2007–2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.41, p.395–404, 2011.

SÁ, S.M.P.; RABINOVICH, E.P. Compreendendo a família da criança com deficiência física. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.*, v.16, n.1, p. 68-84, 2006.

SCHAAF, R.C. et al. Na intervention for sensory difficulties in children whit Autismo: a randomized trial. *J. Autism Dev Disor.*, v. 44, p. 1493-1506, 2014.

SCHIETECATTE, I.; ROEYERS, H.; WARREYN, P. Exploring thenature of joint attention impairments in young children with autism spectrumdisorder: associated social and cognitive skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.42, n. 1, p. 1-12, 2012.

SCHMIDT, C. et al. Intervenção precoce e Autismo: um relato sobre o Programa Son-Rise. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 414-430, ago. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2017. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P412>.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. Investigação do impacto do Autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação em Psicologia*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 111-120, jul./dez. 2003.

SCHMIDT, Carlo et al. Estratégias de coping de mães de portadores de Autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicol. Reflex. Crit.* [online], v. 20, n.1, p. 124-131, 2007.

SCHULER, A. L.; WOLFBERG, P. J. Promoting peer play and socialization: the art of scaffolding. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.251-27.

SEIDL DE MOURA, M. L. et al. Interações iniciais mãe-bebê. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000300002>.

SERRANO, P. *A integração sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança*. 2 ed. Papa-Letras: Lisboa, 2016.

SIEBEL, D. Promoting argumentative communication during daily routines: a parent problem-solving intervention. *Journal of Positive Behavior Interventions*, v.1, n. 3, p.159-169, 1999.

SIFUENTES, M.; BOSA, C. A. *A coparentalidade em pais de crianças com Autismo em idade pré-escolar*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SIFUENTES, M.; BOSA, C. A. Criando pré-escolares com Autismo: características e desafios da coparentalidade. *Psicologia em Estudo*, Porto Alegre, v. 15, p. 441-450, 2010

SIGMAN, M.; RUSKIN, E. Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome, and developmental delays. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, v.64, 1999. (1, Serial; n. 256).

SILVA, L. Early intervention for autism with sensory treatment to alleviate tactile abnormalities reduces severity of autism: randomized controlled trial in 103 pre-school children with autism. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 57, p. 38–39, 2015. doi: 10.1111/dmcn.61_12887.

SILVA, M.; MULICK, J.A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicol. cienc. prof.* [online], v.29, n.1, p.116-131, 2009. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010>

SIMEONSSON, R. J. et al. D. Services for young children and families: Evaluating intervention cycles. *Infants and Young Children*, v.9, n.2, p. 31-42, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. *Triagem precoce para Autismo/ Transtorno do Espectro Autista*. (Documento Científico; 1 abr. 2017).

SOLOMON, R.; NECHELES, J.; FERCH, C.; RUCKMAN, D. Pilot study of a parent training program for your children whit autism: the play project home consultation program autism. *SAGE*, v. 11, p 205-247, 2007.

SPENCE, S. J.; SCHNEIDER, M. T. The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatric Research*, v. 65, n. 6, p. 599-606, 2009.

STERN, D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STERN, D. N. *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge, UK: Harvard University Press, 2002. Original work published, 1977.

STERN, D. N. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental Psychology*. New York: Basic Books, 2000. Original work published, 1985.

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

STOKES, T. F.; BAER, D. M. An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.10, p.349-367, 1977.

SUNELAITIS, R. C.; ARRUDA, D. C.; MARCOM, S. S. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 3, 2007.

SUSSMAN, F. *More than words*. 5ª impr. Canadá: The Beacon Herald Fine Printing Division, 2000.

TANNOCK, Rosemary; GIROLAMETTO, Luigi. Reassessing parent-focused language intervention programs. In: WARREN, Steven F.; REICHLE, Joe (Eds). *Causes and effects in*

communication and language intervention: communication and language intervention series. v. 1. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing, p. 49-79. 1992.

TEIXEIRA, E. et al. *Terapia ocupacional na reabilitação física.* São Paulo: Roca, 2003.

TIMO, Alberto Luiz Rodrigues et al. Déficit de imitação e Autismo: uma revisão. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 833-850, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642011000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. Epub Nov 29, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642011005000035>.

TOMASELLO M. *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano.* São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TOMASELLO, M. Joint attention as social cognition. In: MOORE, C.; DUNHAM, P. J. (Orgs.). *Joint attention: Its origins and role in development.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1995. p.103-130.

TOMASELLO, M.; FARRAR, M. J. Joint attention and early language. *Child Development*, v. 57, n.6, p. 1454-1463, 1986.

TREVARTHEN, C.; AITKEN, K. J. Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical application. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.42, n.1, p. 3-48, 2001.

TREVARTHEN, C.; AITKEN, K.; PAPOUDI, D.; ROBARTS, J. *Children with autism: Diagnosis and interventions to meet their needs.* 2nd ed. London: Jessica Kingsley, 1998.

TREVARTHEN, C.; DANIEL, S. Disorganized rhythm and synchrony: Early signs of autism and Rett syndrome. *Brain & Development*, v.27, (Suppl.1), p. S25-S34, 2005.

VANNEST, K.J.; PARKER, R.I.; GONEN, O.; ADIGUZEL, T. *Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. (Version 2.0) [Web-based application].* Disponível em: <singlecaseresearch.org>. Acesso em: 1 jun. 2017.

VISANI, P; RABELLO. S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do Autismo das psicoses infantis. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, jun. 2012.

VOLKMAR, F. R.; CHAWARSKA, K.; KLIN, A. Autism spectrum disorders in infants and toddlers: An introduction. In: CHAWARSKA, K.; KLIN, A.; VOLKMAR, F. R. (Eds.). *Autism spectrum disorders in infants and toddlers.* New York: The Guilford Press, 2008. p. 1-22.

WALLACE, K.; ROGERS, S. Intervindo na infância: implicações para transtornos do espectro do Autismo. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* [online], 24 Sep 2010. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02308.

WARREN, Z. et al. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*, v.127, n.5, p. e1303-e1311, 2011.

WHALON, K.J.; CONROY, M.A.; MARTINEZ JR et al. *Autism Dev Disord.*, v.45, p. 1513, 2015. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2373-1>

WANG, P. Effects of a parent training program on the interactive skills of parents of children with autism in China. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, v.5, n.2, p. 96-104, 2008.

WERNER, E. et al. Variation in early developmental course in autism and its relation with behavioral outcome at 3-4 years of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 35, n. 3, p. 337-350, 2005.

WETHERBY, A.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2002. p.279-306.

WETHERBY, A.M., PRIZANT, B.M., SCHULER, A.L. Understanding the nature of communication and language impairments. In: WETHERBY, A.M.; PRIZANT, B.M. (Eds). *Autism spectrum disorders: a transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul Brookes, 2000. p.109-141.

WILLIAMS, D. *Autism: An inside-out approach*. London: Jessica Kingsley, 1996.

WING, L. The continuum of autistic characteristics. In: MESIBOV, G. B. (Org.). *Diagnosis and assessment in autism*. New York: Plenum Press, 1988. p. 91-110.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001. p.13-42.

ZANON, R.B.; BACKES, B.; BOSA, C.A. Identificação dos primeiros sintomas do Autismo pelos pais. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 25-33, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>.

ZWAIGENBAUM, L.; BRYSON, S.; LORD, C. et al. Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, v. 123, p. 1383-91, 2009.

ZWAIGENBAUM, L. et al. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, v.136, Suppl,1, p.S60-81, 2015. doi: 10.1542/peds.2014-3667E.

APÊNDICE A – Pré-teste para pediatras e outros profissionais



CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA PEDIATRAS E PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

TEMA: TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AUTISMO)

RESPONSÁVEL: Odila Maria F. Carvalho Mansur

Nome:-----

PRÉ-TESTE

1.Considerando as características abaixo, qual delas se refere ao TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AUTISMO)?

A()Comprometimento na interação social e nos padrões de comportamento + Interesses restritos com maneirismos e estereotípias + Sem atraso de desenvolvimento e linguagem + Inteligência normal.

B()Desenvolvimento global comprometido + Prejuízo de interação social e de comunicação + Início antes dos 03 anos + Padrões repetitivos de comportamento e interesses.

C()Desenvolvimento normal por, pelo menos 06 meses, seguido por deterioração evolutiva + Perda progressiva de habilidades previamente adquiridas + Perda de habilidades motoras e de coordenação + Ocorre exclusivamente em meninas.

D()Prevalência no sexo feminino + Prejuízo na cognição e linguagem + interesse repetitivos + estereotípias.

2. Assinale alternativa correta: podem ser considerados sinais de risco para Autismo, em bebês:

a) () O bebê não responde aos investimentos da mãe, seja na busca do rosto materno, seja no seu sorriso.

b) () O bebê apresenta poucos interesses a pessoas ou estímulos, como objetos coloridos, sonoros, etc.

c) () Bebês prematuros e ou que têm irmão autista.

d) () Todas as respostas acima estão corretas.

e) () Nenhuma das respostas acima.

3.São instrumentos de identificação precoce do Autismo, de uso livre, que não exigem treinamento:

a) () CHAT, M CHAT, CARS, ESAT

b) () M CHAT, ESDM

- c) DI, AUTISMO
- d) Audiometria, CHAT

4. Assinale a alternativa correta:

- a) A atenção compartilhada é considerada marco fundamental no desenvolvimento da criança, sendo considerada um precursor da fala;
- b) A fala, no desenvolvimento típico, aparece aos 3 anos.
- c) Após os 09 meses de idade, a interação da criança com a mãe é apenas diádica, face a face.
- d) Os primeiros sinais de Autismo só podem ser identificados após os 36 meses de idade.

5. Quantas aulas você teve no Curso de Medicina sobre o tema Autismo:

- nenhuma uma duas ou mais

***OBS: ESTE TAMBÉM FUNCIONOU COMO PÓS-TESTE**

APÊNDICE B – Pré-Teste para Pais e Terapeutas



CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA PAIS E TERAPEUTAS
TEMA: TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AUTISMO)
RESPONSÁVEL: Odila Maria F. Carvalho Mansur

Nome:-----

PRÉ-TESTE

1. Considerando as características abaixo, qual delas se refere ao TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AUTISMO)?

- A) () Comprometimento na interação social e nos padrões de comportamento + Interesses restritos com maneirismos e estereotípias + Sem atraso de desenvolvimento e linguagem + Inteligência normal.
- B) () Desenvolvimento global comprometido + Prejuízo de interação social e de comunicação + Início antes dos 03 anos + Padrões repetitivos de comportamento e interesses.
- C) () Desenvolvimento normal por, pelo menos 06 meses, seguido por deterioração evolutiva + Perda progressiva de habilidades previamente adquiridas + Perda de habilidades motoras e de coordenação + Ocorre exclusivamente em meninas.
- D) () Prevalência no sexo feminino + Prejuízo na cognição e linguagem + interesse repetitivos + estereotípias.

2. Assinale alternativa correta: podem ser considerados sinais de risco para Autismo, em bebês:

- a) () O bebê não responde aos investimentos da mãe, seja na busca do rosto materno, seja no seu sorriso.
- b) () O bebê apresenta poucos interesses a pessoas ou estímulos, como objetos coloridos, sonoros, etc.
- c) () Bebês prematuros e /ou que têm irmão autista.

- d) Todas as respostas acima estão corretas.
- e) Nenhuma das respostas acima.

3. São sinais típicos da criança com Autismo, exceto:

- a) Não usam o brinquedo de maneira usual, têm dificuldade com a simbolização; usam os adultos como ferramenta;
- b) Tem fascínio por movimentos, em especial, pelos giratórios;
- c) Apresenta estereotípias; processamento sensorial diferente das demais crianças;
- d) Resistência à mudanças; não usa o pronome “eu” (primeira pessoa);
- e) Demonstra interesse por brincadeiras em grupo.

APÊNDICE D – Ficha de Resumo dos Registros (Variáveis Dependentes)

FICHA RESUMO – CÔMPUTO FINAL

INTERAÇÕES DA CRIANÇA COM A TERAPEUTA () COM A MÃE () SESSÃO _____

DATA: _____ / _____ / _____ CODIFICADOR: _____

ATIVIDADES: Jogo () INICIATIVA DE INTERAÇÃO () L. Base () Intervenção () *Follow-up*

TEMPO	OCORRÊNCIAS	EXEMPLIFIQUE
6-7		
7-8		
8-9		
9-10		
10-11		
11-12		
12-13		
13-14		
14-15		
15-16		
16-17		
17-18		
18-19		
19-20		
20-21		

RESPOSTAS						
TEMPO	VOCAL	GESTUAL				VOCAL + GESTUAL
	Verbal/ Vocal	Olhar	Expressão facial	Contato corporal	Outros (mordida/beliscão)	Sons + Gestos
6-7						
7-8						
8-9						
9-10						
10-11						
11-12						
12-13						
13-14						
14-15						
15-16						
16-17						
17-18						
18-19						
19-20						
20-21						
TOTAL						

Observação: Considere contagem do tempo como: de 0:00:00 a 00:60:00 (1 minuto): começamos a analisar de 01:01:00 a 02:00:00. Como **JOGO**, entenda todos os tipos de brincadeiras (cócegas, encaixes, quebra-cabeça, jogos no computador).

APÊNDICE F – Alguns Slides Usados nos Cursos de Capacitação para Pais e Terapeutas

(Adaptação de Girolametto, 2006 ; Araújo, 2012)


ENCONTRO	C. HORÁRIA	OBJETIVOS
01	04 h	<p>CONHECER A IMPORTÂNCIA DE PREPARAR O AMBIENTE E ESTIMULAR A INTERAÇÃO COM A CRIANÇA: uso de bolhas de sabão; óculos coloridos; nariz de palhaço... Esperar que a criança peça por mais, utilizando alguma forma de comunicação apropriada.</p> <p>ANALISAR VÍDEOS DA LINHA DE BASE, RELIAZADOS COM A MÃE E OUTROS COM A TERAPEUTA.</p>
02	04 h	<p>APRENDER A SEGUIR A LIDERANÇA DA CRIANÇA: usar o toque, apontar e comentar sobre o interesse da criança.</p> <p>Apresentação, em power point, sobre alguns aspectos do TEA: definição, causas, características, etc, por solicitação dos sujeitos da pesquisa.</p>

03	04 h	<p>ANALISAR VÍDEOS DA LINHA DE BASE, RELIAZADOS COM A MÃE E OUTROS COM A TERAPEUTA,</p> <p>APRENDER A CRIAR JOGOS COM PESSOAS: repetir ações/palavras, criar oportunidades para a criança tomar sua vez, geram pistas explícitas para a criança assumir a vez quando necessário (ex.: ajuda física de mão-sobre-mão, espera, olhar de expectativa, fazer perguntas). Imitar as ações de suas crianças e sons e interpretarão a comunicação não verbal e ecolalia, dando à criança um modelo de linguagem (figura ou frase curta).</p>
----	------	---


04	04 h	<p>AJUSTAR A LINGUAGEM, SIMPLIFICANDO SUAS FRASES, enfatizando palavras chave, falando devagar, mas naturalmente, e suplementando o discurso com pistas contextuais (assim como gestos ou objetos). Deverão perceber que nem sempre suas crianças entendem tudo que elas lhe ensinam e a importância do momento do que eles falam para o momento imediato que a criança demonstra interesse em algo.</p> <p>ANALISAR VÍDEOS DA LINHA DE BASE, RELIADOS COM A MÃE E OUTROS COM A TERAPEUTA.</p>
05	04 h	<p>APRESENTAR O PERFIL SENSORIAL DE CADA CRIANÇA, após avaliação realizada individualmente.</p> <p>Exposição de atividades sensoriais para serem realizadas no atendimento e em casa.</p>

06	04 h	<p>ELABORAR UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO BASEADO NAS CARACTERÍSTICAS DE CADA CRIANÇA.</p>
07	04 h	<p>ANALISAR VÍDEOS DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO.</p>
08	04 h	<p>ENTREVISTAR OS PAIS PARA AVALIAÇÃO DA 1ª FASE DO PROGRAMA.</p>

APÊNDICE G – Alguns Slides Usados nos Cursos

fmc  **hpc**
HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA

**AUTISMO e EDUCAÇÃO:
VISÕES E QUESTIONAMENTOS**

ODILA MARIA F. CARVALHO MANSUR
PSICOPEDAGOGA/MESTRE COGNIÇÃO E
LINGUAGEM/ DOUTORANDA UERJ-
EDUCAÇÃO 

fmc  **hpc**
HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA

**AUTISMO: IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO
E INTERVENÇÃO PRECOSES**

AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR - FMC/HPC

Odila Maria F. Carvalho Mansur
PSICOPEDAGOGA/MESTRE COGNIÇÃO E LINGUAGEM/
DOUTORANDA UERJ-EDUCAÇÃO 

**CURSO: USO DO LÚDICO NO TRABALHO
COM CRIANÇAS ESPECIAIS**



 **HPC**
Hospital dos Plantadores de Cana

Coordenadora:
Odila Carvalho Mansur
(Psicopedagoga)



FALANDO COM OS BEBÊS: DA
DETECÇÃO DE SINAIS DE RISCO
PARA À INTERVENÇÃO PRECOCE

ODILA MARIA F. CARVALHO MANSUR
Doutoranda: UERJ
Profa: Pediatria -FMC

Iniciativas de Interação e Respostas da Criança	
Iniciar Interação	Quando a criança <i>inicia</i> uma <i>interação espontânea</i> . A <i>interação</i> não deve ser codificada quando a cuidadora claramente pede a <i>interação</i> verbal, física ou não; ou quando é uma resposta da criança a uma clara <i>solicitação, pergunta</i> ou <i>correção</i> da cuidadora. As <i>iniciativas de interação</i> deverão ser dirigidas à cuidadora.
Respostas	Toda e qualquer manifestação gestual ou verbal da criança em <i>seguida</i> alguma ação da cuidadora (<i>solicitação, comentário, espera</i> etc.), tais como: <i>expressões faciais: olhares, balbucios, empurrar com a mão, entregar algum objeto, fazer carinho, sorrisos</i> , entre outros.
Modalidades de Respostas	<p><i>Vocalizações</i> – consideraram-se os sons, gemidos, murmúrios, balbucios, vocábulos não inteligíveis ou palavras simples (mesmo que, devido ao contexto, possam ser compreendidos: Exemplo: "ca" (cavalo) ou não identificado (ex: munnpuuu), ou palavras completas.</p> <p><i>Ação gestual</i> - olhar, expressão facial, contato corporal, outros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Olhar</i> – utilização do direcionamento do olhar como forma de iniciar ou responder a uma comunicação; • <i>Expressão Facial</i> – Ação de modificação da expressão facial do sujeito, iniciando ou respondendo a uma manifestação comunicativa: uso do sorriso, expressão de zangado, levantar de sobrancelhas; caretas, morder a língua; • <i>Contato Corporal</i> - Ação expressa através do contato corporal do sujeito com o interlocutor, como resposta a uma manifestação comunicativa (carinhos: pegar na mão, alisar os cabelos, encostar-se); • <i>Outros</i> - Ação de resposta gestual inadequada: morder, beliscar, ou bater a cabeça na parede. Essa modalidade foi incluída após perceber-se como predominante durante etapa da linha de base. <p><i>Verbal + Gestual</i> – utilização associada de duas ou mais ações simultâneas de modalidades diferentes, expressadas pelos sujeitos na busca de estabelecer uma interação (fala e gestos conciliados: a criança aponta para o gato e emite o som "ga...").</p>

Imitação de ação	Consiste em imitar esquemas simples com brinquedos, até que a criança possa chegar em esquemas mais complexos de imitação; repetição de vocalizações, de movimentos corporais do adulto; de brincadeiras;
Alternância de turno e comportamento antecipatório	Consiste em o adulto pausar a sua imitação, ao invés de fazê-la simultaneamente à ação da criança, para que a criança o solicite; oportunizar que a criança comece uma ação ou brincadeira.

APÊNDICE H – Avaliação Final com os Pais das Meninas

Entrevista realizada pela pesquisadora, no dia 01/09/2016, com os cuidadores, às 9h, no Hospital dos Plantadores de Cana em Campos dos Goytacazes-RJ.

Pesquisadora Estamos aqui para avaliar a evolução da Izabel nesse tempo, quase um ano e meio, mais ou menos, em que a está sendo tratada aqui, conosco. Desejamos saber de você, mãe, se observou alguma melhora no comportamento da menina.

Mãe de Izabel: Bom, pode falar? A Izabel chegou aqui, ela... não gostava muito de ficar perto das pessoas, eu só vivia trancada dentro de casa com ela, e quando eu saía com ela que tinha que ir no banco, ou na rua fazer uma coisa, ela gritava muito, chorava o tempo todo, eu tinha que ficar com ela no colo o tempo todo e se eu me afastasse um minuto dela, pronto. E tinha dia que ela me estranhava, tinha dia que ela até preferia um estranho do que a mim, eu não entendia o que acontecia com ela, entendeu? Aí começou o tratamento aqui, ela agora já é mais sociável, vou nos lugares com ela, entendeu? Ela fica até feliz de sair. Ela gosta de ir pra rua, agora tem que ver, pega a minha mãozinha pra ir pra rua, adora. Só não gosta que as pessoas fiquem encostando muito nela, mas ela não se incomoda mais com as pessoas perto dela, entendeu? Ela até gosta de pessoas perto dela. Quando eu vou na Igreja ela adora. A Isabela também tinha muito... ficava muito com a mão, gritava muito, se esfregava muito, esfregava as partes íntimas, hoje em dia, graças a Deus ela não faz mais isso. Eu posso andar com ela em qualquer lugar que parece uma criança normal, não tem mais essas manias de ficar se esfregando nem nada não. Antes qualquer lugar que eu ia, se eu sentava na cadeira de um banco pra esperar ser atendida ela procurava o braço da cadeira e ficava de esfregando. Hoje em dia não, hoje em dia eu ando com ela, eu vou nos lugares e ela parece uma criança normal, ninguém diz que ela tem problema nenhum. Só às vezes que ela quer se expressar ela grita, né, ou fala que... que eu entendo alguma coisa que aí, né, porque ela não fala, corretamente, mas ela está se expressando melhor, graças a Deus ela melhorou muito, o convívio social pra mim era muito difícil, eu não ia a

lugar nenhum. Hoje em dia eu consigo ir nos lugares com ela, e ela até adora, melhorou bastante. Ela vai pra escola, fica bem na escola, a professora fala que quando tá na hora da saída ela já pega a mochilinha dela e fica esperando o carro pegar ela (sic). Ela gosta de ficar perto das crianças. Ela antigamente se escondia, eu botava ela (sic) na escola e ela ficava atrás da porta da sala se escondendo das outras crianças. Hoje em dia ela não se esconde, ela fica perto das outras crianças. Muito bom. Consegue lanchar com as outras crianças... na sala ainda não senta pra prestar atenção por muito tempo, mas ela consegue lanchar, interagir com as outras crianças, entendeu? Ela fica ali lanchando perto. Antes ela não conseguia fazer isso, ela se escondia, ela tinha medo das crianças. Graças a Deus ela melhorou bastante, está muito bem. A evolução dela melhorou bastante... Ela entende um pouco mais quando peço alguma coisa, mas não entende muito como uma criança normal, mas se eu falar “Izabel, vai ali pra mamãe, pega ali água, água”, às vezes ela quer água e aí me puxa, aí eu falo “não, pega ali, Izabel”, aí ela vai, pega e toma, entendeu? Desenvolveu autonomia. Ela já tá mais independente um pouco, entendeu? Ela já não fica dependente de mim dentro de casa não, se ela tá (sic) com fome ela vai lá, pega o que ela quer e come, até descascar banana agora ela está descascando, sozinha. Se tem uma fruta ela pega e come. Ela também tem falado: “dá”, “quer”, “mã”, para chamar a irmã. Puxa a irmã para brincar com ela.

No início ela não brincava muito não, ela ficava debaixo da cama, tadinho da minha filha, ficava debaixo da cama, tirava as roupas de dentro do guarda-roupa, ficava lá dentro do guarda-roupa lá, se escondendo lá, não brincava não. Agora ela já sobe na bicicleta da irmã dela assim ó, tentando andar na bicicleta sozinha. Aí às vezes ela pega a mãozinha da irmã dela pra empurrar ela na bicicleta. Aí quando ela vê uma bola também, ela pega a bola e fica brincando com a bola. Ela não fazia nada disso, ela não se interessava por brinquedo nenhum. Podia ter qualquer brinquedo na frente dela que ela não se interessava. Ela pega a boneca da irmã dela e fica com ela assim, deitada, fica assim na boneca, ó, tentando brincar, ninando a boneca. Eu acho que ela vê na escola as crianças brincando de boneca, e

aqui também, ela agora pega a boneca e fica assim, ó, tentando ninar a boneca, ó. Ela tem melhorando muito. Izabel está muito bem, graças a Deus. Ela assiste DVD, antigamente não gostava de... a professora dela agora tá falando que bota música pra ela, ela gosta, ela fica tentando prestar atenção de onde tá vindo som, não irrita mais ela. Antigamente música alta irritava muito ela (sic), agora não está irritando mais. Ela tá bem, graças a Deus, melhorou muito. Eu aprendo muito com as orientações de vocês.” (I. D. N. P)

Pesquisadora: Estamos aqui para avaliar a evolução da Ana nesse tempo, quase um ano e meio, mais ou menos, em que a está sendo tratada aqui, conosco. Desejamos saber dos senhores pais e avó aqui presentes se observam alguma melhora no comportamento da menina.

Mãe de Ana: Bom, quando a gente começou aqui a Ana estava com oito meses, nove meses, mais ou menos. Colocava a Ana sentada, ela não parava sentada. Hoje, um ano e pouquinho depois disso, a Ana está sentando sozinha, levantando sozinha, dando os primeiros passinhos, a parte de olhar ela melhorou muito, hoje ela interage, ela brinca, ela procura os brinquedos, antes ela não fazia nada disso. Graças a Deus, muita melhora. Em casa, com a irmã. ela brinca, interage, demonstra sentimentos... ciumenta, é uma criança muito ciumenta, principalmente comigo. É... demonstra carinho, está abraçando a gente mais, entendeu? Procura brinquedos, não fica mais paradinha num lugar, porque acabou o sossego, agora ela não dá sossego, mexe em tudo, sabe, roda em volta do sofá, brinca... ela faz hidro, aí na hidro ela participa muito. Graças a Deus ela teve muita melhora. Graças a Deus só tenho a agradecer pelo trabalho que está sendo desenvolvido com ela. Melhorou muito. (D. M. C. B)

Pai de Ana: Verdade, Ana agora resmunga, reclama quando não quer alguma coisa; sorri quando está feliz; procura um brinquedo quando escondemos ele (sic). Ah! Também está balbuciando umas palavrinhas e me chama muito: “pá, pá”; “vó”; “dá” ... A mãe fica até com ciúmes (risos). Estamos muito felizes com a evolução da nossa filha. Confesso que quando procuramos a senhora estávamos muito sem esperança... Aprendemos muita coisa aqui, com vocês e isso tem ajudado muito em casa. (A. P. B.)

Pesquisadora: Estamos aqui para avaliar a evolução da Márcia nesse tempo, quase um ano, em que a está sendo tratada aqui, conosco. Desejamos saber de você, mãe, se observou alguma melhora no comportamento da menina.

Mãe de Márcia: É... a senhora sabe, alguns comportamentos dela em casa eu relatei pra pediatra e a pediatra encaminhou pra neurologista, e lá eu fui encaminhada pra aqui. Aí desde quando ela começou vindo pra cá já tá soltando mais a fala, ela consegue se concentrar mais em certas brincadeiras, ... antes ela não ficava parada. Às vezes ela fica com o comportamento normal, mas tem alguma coisa que acontece... acontece alguma coisa que tira ela (sic) daquele prumo e ela dá uma regredida, ela volta a fazer certas coisas que ela fazia no começo. Me incomodava bastante por ela não falar. Agora tem falado palavrinhas soltas: “dá”, “papá”, “bola” ... Estou mais aliviada. Segunda coisa é que as brincadeiras dela eram sempre sozinha. Na casa onde eu moro tem um canto que é só dela, ninguém vai naquele canto. E... Ela se balançava muito, tinha uma linguagem própria dela que a gente não entende o que é que ela tava (sic) falando e se alguém se aproximava ela ficava até agressiva, ela não deixava ninguém, até o pai, ninguém podia chegar nesse canto dela, da sala. Agora, começou a chamar a irmã para brincar e parece que esqueceu deste canto. Diminuiu aquela fala estranha. Vai pouco lá no cantinho. Ela adora os bichos, andar a cavalo, ver as galinhas. Ah! Ela está falando “vo”, que é ovo. Ela ri quando as galinhas chegam perto, ri quando as galinhas fogem... está bem mais calma. Já diz “cocó” e ri. Hoje pega um patinho de borracha, dá banho e enxuga ele (sic)...

A neurologista ficou muito feliz esta semana, disse que Márcia tem melhorado muito e que vai ligar para a senhora. Sempre que tenho dúvidas, eu ligo e a senhora me ajuda. Tento fazer como vocês ensinam. Muito obrigada!” (M. S. N)

APÊNDICE I – Índice de fidedignidade

Tabela 1– Índice de concordância geral dos comportamentos da criança e do adulto

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE						
INICIATIVA DE INTERAÇÃO						
VARIÁVEIS DEPENDENTES (CRIANÇA)	<i>Ana</i>		<i>Izabel</i>		<i>Márcia</i>	
SUJEITOS	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança
Nº DE SESSÕES	30	30	30	30	24	24
Nº DE CONCORDÂNCIAS	27,75	22,4	28,25	28	21,75	21
Nº DE DISCORDÂNCIAS	1,75	2	1,75	2	2,25	3
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	93%	75%	94%	93%	91%	88%
RESPOSTA						
VARIÁVEIS DEPENDENTES (CRIANÇA)	<i>Ana</i>		<i>Izabel</i>		<i>Márcia</i>	
SUJEITOS	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança
Nº DE SESSÕES	30	30	30	30	24	24
Nº DE CONCORDÂNCIAS	23	28,75	26,75	28,5	21,5	22,25
Nº DE DISCORDÂNCIAS	1,25	1,25	3,25	1,5	3,25	1,75
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	77%	96%	89%	95%	90%	93%

Tabela 2– Índice de concordância dos comportamentos do adulto no estudo 1 (*Izabel*)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE				
COMPORTAMENTO DO ADULTO				% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)
30 SESSÕES CODIFICADAS: 10 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 5 FOLLOW-UP				
Variáveis Dependentes	Nº de sessões	Nº de concordância	Nº de discordância	
... usar acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança: óculos, perucas...	30	30	0	100%
... usar brinquedos sonoros, coloridos, que emitem som ou luz, ou que são musicais.	30	30	0	100%
... chamar a criança pelo nome diversas vezes.	30	29	1	97%
... ficar em frente do espelho com a criança, ajudar a reconhecer-se pelo nome.	30	27	3	90%
... brincar com a criança, toca-a, faz cócegas, de forma a estimular o sorriso responsivo.	30	28	2	93%
... deixar a criança começar uma brincadeira.	30	25	5	83%
... fazer um comentário engraçado ou elogioso para que a criança olhe-o e volte a brincar.	30	29	1	97%
... fazer imitações parecidas com as da criança, repete sons, vocaliza sílabas.	30	26	4	87%
... estimular a imitação. Exemplo: tocar o pianinho e estimular que a criança o faça, monte cubos e peça que a criança o ajude; soltar beijos, dar tchau, dar comida na boca da boneca, etc; alternar turnos com a criança.	30	28	2	93%
... usar músicas infantis.	30	29	1	97%
... estimular a imitação dos gestos, a partir das músicas.	30	27	3	90%

Tabela 3 – Índice de concordância dos comportamentos da criança e do adulto em iniciativas de interação no estudo 1 (*Izabel*)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE										
INICIATIVA DE INTERAÇÃO – <i>Izabel</i>										
30 SESSÕES CODIFICADAS: 10 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 5 FOLLOW-UP										
Modalidades	Exp. Verbal		Exp. Facial		Exp. Corporal		Exp. Mista			
Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança
Nº de sessões	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Nº de concordância	29	29	30	29	28	27	26	27	26	27
Nº de discordância	1	1	0	1	2	3	4	3	4	3
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	97%	97%	100%	97%	93%	90%	87%	90%	87%	90%

Tabela 4 – Índice de concordância dos comportamentos da criança e do adulto em respostas de interação no estudo 1 (*Izabel*)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE										
RESPOSTAS – <i>Izabel</i>										
30 SESSÕES CODIFICADAS: 10 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 5 FOLLOW-UP										
Modalidades	Exp. Verbal		Exp. Facial		Exp. Corporal		Exp. Mista			
Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança
Nº de sessões	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Nº de concordância	28	29	27	28	25	29	27	28	27	28
Nº de discordância	2	1	3	2	5	1	3	2	3	2
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	93%	97%	90%	93%	83%	97%	90%	93%	90%	93%

Tabela 5 – Índice de concordância dos comportamentos do adulto no estudo 2 (*Ana*)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE					% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)
COMPORTAMENTO DO ADULTO					
30 SESSÕES CODIFICADAS: 10 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 5 FOLLOW-UP					
Variáveis Dependentes	Nº de sessões	Nº de concordância	Nº de discordância		
... usar acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança: óculos, perucas...	30	27	2		90%
... usar brinquedos sonoros, coloridos, que emitem som ou luz, ou que são musicais.	30	27	3		90%
... chamar a criança pelo nome diversas vezes.	30	29	1		97%
... ficar em frente do espelho com a criança, ajudar a reconhecer-se pelo nome.	30	28	2		93%
... brincar com a criança, toca-a, faz cócegas, de forma a estimular o sorriso responsivo.	30	28	2		93%
... deixar a criança começar uma brincadeira.	30	30	0		100%
... fazer um comentário engraçado ou elogioso para que a criança olhe-o e volte a brincar.	30	27	3		90%
... fazer imitações parecidas com as da criança, repete sons, vocaliza sílabas.	30	30	0		100%
... estimular a imitação. Exemplo: tocar o pianinho e estimular que a criança o faça, monte cubos e peça que a criança o ajude; soltar beijos, dar tchau, dar comida na boca da boneca, etc; alternar turnos com a criança.	30	30	0		100%
... usar músicas infantis.	30	29	1		97%
... estimular a imitação dos gestos, a partir das músicas.	30	28	2		93%

Tabela 6– Índice de concordância dos comportamentos da criança e do adulto em iniciativas de interação no estudo 2 (Ana)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE									
RESPOSTAS – Ana									
30 SESSÕES CODIFICADAS: 10 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 5 FOLLOW-UP									
Modalidades	Exp. Verbal		Exp. Facial		Exp. Corporal		Exp. Mista		
Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	
Nº de sessões	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Nº de concordância	28	29	30	28	29	28	28	28	30
Nº de discordância	2	1	0	2	1	2	2	2	0
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	93%	97%	100%	93%	97%	93%	93%	93%	100%

Tabela7– Índice de concordância dos comportamentos da criança e do adulto em respostas de interação no estudo 2 (Ana)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE									
INICIATIVA DE INTERAÇÃO – Ana									
30 SESSÕES CODIFICADAS: 10 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 5 FOLLOW-UP									
Modalidades	Exp. Verbal		Exp. Facial		Exp. Corporal		Exp. Mista		
Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	
Nº de sessões	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Nº de concordância	29	28	28	27	27	30	29	27	
Nº de discordância	1	2	2	3	3	0	1	3	
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	97%	93%	93%	90%	90%	100%	97%	90%	

Tabela 8– Índice de concordância dos comportamentos do adulto no estudo 3 (Márcia)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE			
COMPORTAMENTO DO ADULTO			% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)
24 SESSÕES CODIFICADAS: 5 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 4 FOLLOW-UP			
Variáveis Dependentes	Nº de sessões	Nº de concordâncias	Nº de discordâncias
... usar acessórios divertidos para buscar chamar a atenção da criança: óculos, perucas...	24	23	1
... usar brinquedos sonoros, coloridos, que emitem som ou luz, ou que são musicais.	24	22	2
... chamar a criança pelo nome diversas vezes.	24	23	1
... ficar em frente do espelho com a criança, ajudar a reconhecer-se pelo nome.	24	20	4
... brincar com a criança, toca-a, faz cócegas, de forma a estimular o sorriso responsivo.	24	24	0
... deixar a criança começar uma brincadeira.	24	21	3
... fazer um comentário engraçado ou elogioso para que a criança olhe-o e volte a brincar.	24	23	1
... fazer imitações parecidas com as da criança, repete sons, vocaliza sílabas.	24	19	5
... estimular a imitação. Exemplo: tocar o pianinho e estimular que a criança o faça, monte cubos e peça que a criança o ajude; soltar beijos, dar tchau, dar comida na boca da boneca, etc; alternar turnos com a criança.	24	24	0
... usar músicas infantis.	24	24	0
... estimular a imitação dos gestos, a partir das músicas.	24	23	1

Tabela 9– Índice de concordância dos comportamentos da criança e do adulto em iniciativas de interação no estudo 3 (*Márcia*)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE									
INICIATIVA DE INTERAÇÃO – <i>Márcia</i>									
24 SESSÕES CODIFICADAS: 5 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 4 FOLLOW-UP									
Modalidades	Exp. Verbal		Exp. Facial		Exp. Corporal		Exp. Mista		
Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	
Nº de sessões	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Nº de concordância	23	22	24	20	21	22	19	20	
Nº de discordância	1	2	0	4	3	2	5	4	
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	96%	92%	100%	83%	88%	92%	79%	83%	

Tabela 10 – Índice de concordância dos comportamentos da criança e do adulto em respostas de interação no estudo 3 (*Márcia*)

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE									
RESPOSTAS – <i>Márcia</i>									
24 SESSÕES CODIFICADAS: 5 LINHA DE BASE; 15 INTERVENÇÃO; 4 FOLLOW-UP									
Modalidades	Exp. Verbal		Exp. Facial		Exp. Corporal		Exp. Mista		
Sujeitos	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança	
Nº de sessões	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Nº de concordância	22	24	23	21	18	21	20	23	
Nº de discordância	2	0	1	3	6	3	4	1	
% Índice de Concordância (média de todas as sessões < 100 / > 75)	92%	100%	96%	88%	75%	88%	83%	96%	

ANEXO A – Instrumento M-chat

Versão Final do M-CHAT em Português

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

ANEXO B – Instrumento ESAT

**QUESTIONÁRIO PARA O RASTREAMENTO PRECOCE DE TRAÇOS AUTÍSTICOS:
O ESAT (EARLY SCREENING OF AUTISTIC TRAITS QUESTIONNAIRE)**

NOME

DATA NASCIMENTO

AVALIADOR

INSTITUIÇÃO

SEXO

IDADE

DATA

ITENS	SIM	NÃO
1. A criança se interessa em brincar com vários tipos de objetos?		
2. A criança pode brincar com brinquedos de maneiras variadas (não só remexendo, botando na boca, jogando no chão etc.)?		
3. Quando a criança expressa seus sentimentos, por exemplo, chorando ou sorrindo, isso ocorre, na maioria das vezes, nos momentos esperados ou apropriados?		
4. A criança reage de uma forma normal à estimulação sensorial, como frio, calor, luz, som, dor ou cócegas?		
5. Você consegue dizer facilmente só de olhar o rosto da criança como ela se sente?		
6. É fácil fazer com que a criança olhe nos seus olhos?		
7. Quando a criança é deixada sozinha por algum tempo, ela tenta atrair sua atenção, por exemplo, chorando ou chamando?		
8. O comportamento da criança está livre de movimentos repetitivos estereotipados, como bater a cabeça ou movimentar o corpo para frente e para trás?		
9. A criança traz objetos ou mostra algo para você por iniciativa própria?		
10. A criança se mostra interessada por outras crianças ou adultos?		
11. A criança gosta de receber carinhos?		
12. A criança costuma sorrir para você ou para outras pessoas?		
13. A criança gosta de brincar com outras pessoas, por exemplo, de esconde-esconde, cavalgar nos joelhos, ser balançada?		
14. A criança reage quando ela é chamada, por exemplo, olhando, escutando, sorrindo, falando ou balbuciando?		
TOTAL		

ANEXO C – Avaliação do perfil sensorial

PERFIL SENSORIAL INFANTIL

QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR
De 7 a 36 meses de idade

Nome da Criança: _____ Data de Nasc.: __/__/__ Data do teste: __/__/__

Preenchido por: _____ Parentesco com a criança: _____

Nome do profissional: _____ Área de atuação: _____

Circule a ordem de nascimento da criança dentro da família: 1º 2º 3º 4º 5º outro: _____

Mais de 3 crianças, com idades entre 0 a 18 anos, moraram na sua casa nos últimos 12 meses?

INSTRUÇÕES

Por favor, marque a caixa que **melhor** descreve a frequência com que sua criança realiza os determinados comportamentos. Responda todos os itens. Se você não conseguir comentar porque não observou o comportamento ou acredita que sua criança não consiga realizar aquilo, por favor marque um X no número do item. Escreva quaisquer comentários no final de cada seção.

Utilize os seguintes itens para marcar suas respostas:

QUASE SEMPRE	Quando tem a oportunidade, a criança quase sempre responde desta maneira, 90% ou mais das vezes.
FREQUENTEMENTE	Quando tem a oportunidade, a criança frequentemente responde desta maneira, cerca de 75% das vezes.
OCASIONALMENTE	Quando tem a oportunidade, a criança ocasionalmente responde desta maneira, cerca de 50% das vezes.
RARAMENTE	Quando tem a oportunidade, a criança raramente responde desta maneira, cerca de 25% das vezes.
QUASE NUNCA	Quando tem a oportunidade, a criança quase nunca responde desta maneira, cerca de 10% das vezes.





Item	A. Processamento Geral	QS	F	O	R	QN
⊖ 1	O comportamento de minha criança se deteriora com mudanças de horário.					
2	Minha criança evita brincar com outros.					
3	Minha criança se retira de situações.					
QS - Quase Sempre; F - Frequentemente; O - Ocasionalmente; R - Raramente; QN - Quase Nunca						

Nota: Você não pode calcular o Escore Bruto Total para esta seção.






Comentários:







Item	B. Processamento Auditivo	QS	F	O	R	QN
— 4	Tenho que falar alto para chamar a atenção da minha criança.					
— 5	Preciso tocar minha criança para conseguir sua atenção.					
⊂ 6	Minha criança gosta de fazer sons com a boca.					
— 7	Minha criança demora para responder, mesmo a vozes familiares.					
⊖ 8	Minha criança assusta-se facilmente com sons, comparada a outras crianças da mesma idade.					
⊖ 9	Minha criança é distraída e/ou tem dificuldade para comer em ambientes barulhentos.					
— 10	Minha criança me ignora quando estou conversando.					
11	Minha criança tenta escapar de ambientes barulhentos.					
⊂ 12	Minha criança encontra maneiras de fazer barulho com os brinquedos.					
— 13	Minha criança leva muito tempo para responder quando chamada pelo nome.					
Escore Bruto Total da Seção						
QS - Quase Sempre; F - Frequentemente; O - Ocasionalmente; R - Raramente; QN - Quase Nunca						

Comentários:







Item	C. Processamento Visual	QS	F	O	R	QN
 14	Minha criança gosta de olhar para objetos que se movimentam ou giram (por exemplo, ventiladores, brinquedos com rodas).					
 15	Minha criança gosta de olhar para objetos brilhantes.					
— 16	Minha criança evita contato visual comigo.					
17	Minha criança recusa olhar livros comigo.					
— 18	Minha criança assusta-se com o próprio reflexo no espelho.					
 19	Minha criança gosta de ficar olhando para próprio reflexo no espelho.					
 20	Minha criança prefere programas de TV agitados e de cores brilhantes.					
Escore Bruto Total da Seção						
QS - Quase Sempre; F - Frequentemente; O - Ocasionalmente; R - Raramente; QN - Quase Nunca						

Comentários:








Item	D. Processamento Tátil	QS	F	O	R	QN
21	Minha criança resiste ser segurada.					
 22	Minha criança fica agitada quando tem que lavar o cabelo.					
23	Minha criança evita ter o rosto/nariz limpos.					
 24	Minha criança fica estressada quando tem que cortar as unhas.					
25	Minha criança resiste em ser abraçada.					
 26	Minha criança fica irritada com mudanças na temperatura da água no banho, de um banho para outro.					
27	Minha criança evita contato com superfícies ásperas ou frias (por exemplo, joga-se para trás, chora)					
 28	Minha criança fica muito irritada quando as mãos, rosto ou roupas estão sujas.					
 29	Minha criança irritada com mudanças extremas de temperatura da sala (por exemplo, mais quente, mais frio).					

	30	Minha criança fica ansiosa quando anda ou engatinha em certas superfícies (por exemplo, grama , areia , tapete , azulejo).					
	31	Minha criança gosta de brincar com a comida.					
	32	Minha criança procura oportunidades para sentir vibrações (por exemplo, alto falantes de aparelhos de som, lavadoras, secador)					
	33	Minha criança bate-se em coisas, parecendo não notar os objetos no caminho.					
	34	Minha criança gosta de esparramar água durante o banho.					
	35	Minha criança utiliza as mãos para explorar comida e outros itens com texturas.					
Escore Bruto Total da Seção							
QS - Quase Sempre; F - Frequentemente; O - Ocasionalmente; R - Raramente; QN - Quase Nunca							

Comentários:

Item	E. Processamento Vestibular		QS	F	O	R	QN
	36	Minha criança precisa de mais apoio para sentar do que outras crianças da mesma idade (por exemplo, assento infantil, almofadas, rolos de toalha).					
	37	Minha criança gosta de atividade física (por exemplo, pular, ser erguida no ar).					
	38	Minha criança gosta de atividades rítmicas (por exemplo, balançar, ser embalada, andar de carro).					
	39	Minha criança fica irritada quando deitada de costas para trocar as fraldas.					
	40	Minha criança resiste ter a cabeça inclinada para trás durante o banho.					
	41	Minha criança chora ou fica irritada quando tento movê-la.					
Escore Bruto Total da Seção							
QS - Quase Sempre; F - Frequentemente; O - Ocasionalmente; R - Raramente; QN - Quase Nunca							

Comentários:

Item	F. Processamento Sensorial Oral	QS	F	O	R	QN
 42	Minha criança lambe ou mastiga objetos não comestíveis.					
 43	Minha criança leva objetos à boca.					
 44	Minha criança não percebe quando fica líquido ou comida nos lábios.					
 45	Minha criança recusa quase todos os tipos de alimentos.					
 46	Minha criança resiste ter que escovar os dentes.					
 47	Minha criança recusa a beber líquido de um copo.					
 48	Minha criança recusa experimentar comidas não familiares.					
Escore Bruto Total da Seção						

Comentários:

O que você considera como os pontos fortes de sua criança? _____

Quais os pontos preocupantes? _____

PARE AQUI SE SUA CRIANÇA TIVER DE 7 A 36 MESES DE IDADE

LEGENDA DOS ÍCONES	
	Baixo Registro
	Procura Sensorial
	Sensibilidade Sensorial
	Aversão Sensorial

LEGENDA DO ESCORE	
1	Quase Sempre
2	Frequentemente
3	Ocasionalmente
4	Raramente
5	Quase Nunca

Fonte: teste de WINNE, Dunn (1994).

ANEXO D – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Prezados Pais,

Seu/sua filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce”, para crianças menores de 3 anos, com risco de Autismo. Seu/sua filho (a) foi selecionado com base nos seguintes critérios: a) idade máxima de 18 meses no início do estudo; b) apresentar atraso de comunicação e/ou problemas de interação com riscos de Transtornos do Espectro Autístico – AUTISMO, declarado por profissional de saúde que acompanha a criança; c) receber pontuação indicativa para AUTISMO nas Escalas IRDIS – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e Instrumento de Vigilância Precoce em Autismo (C Lampréia), de identificação de risco para AUTISMO; d) não estar participando de intervenção comportamental intensiva ou programas de tratamento biomédicos no modelo DAN (Defeat Autism Now!)

A participação de seu/sua filho (a) na pesquisa não é obrigatória, sendo que o (a) mesmo (a) poderá ser retirado (a) da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização. Dessa forma, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Os objetivos desse estudo são: avaliar os efeitos da implementação de um programa de intervenção precoce, entre 03 e 18 meses, , após identificação de bebês com sinais de atraso de desenvolvimento infantil, dentre os nascidos Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), de Campos dos Goytacazes-RJ ; Capacitar as mães a utilizarem estratégias naturalísticas de ensino durante as rotinas interativas; Avaliar a responsividade dos bebês após utilização do Programa Hanen; Estabelecer correlações entre prematuridade ao nascer e risco para Autismo.

A participação de seu/sua filho (a) na pesquisa consistirá em participar com a mãe em rotinas de jogos (brincadeiras), lanches e atividades livres, em seu próprio domicílio, em horário a ser negociado. Os riscos relacionados à participação de seu/sua filho (a) na pesquisa poderiam estar relacionados a : constrangimentos por não poder se comunicar e a ansiedade ao ser fotografado (a) e filmado (a). por outro lado, a participação de seu/sua filho (a) na pesquisa poderá trazer inúmeros benefícios, como oportunidade de seu/sua filho (a) na pesquisa poderá trazer inúmeros benefícios, como oportunidade de: participar de tarefas diferentes, submeter-se à avaliação aprofundada da comunicação e interação gerando assim subsídios para futuras intervenções, desenvolver habilidades sócio comunicativas. Não haverá gastos financeiros para os participantes durante o estudo. Caso ocorra haverá ressarcimento.

Todas as informações recebidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre a participação de seu/sua filho (a) será assegurado. Dessa forma os dados não será divulgados de forma a possibilitar sua identificação uma vez que, durante a pesquisa, seu/sua filho (a) será identificado por um nome fictício.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa e sua participação você poderá, a qualquer momento entrar em contato com as pesquisadoras LEILA REGINA DE PAULA NUNES, pelo telefones o 21 988632184 (celular), pelo e-mail catiawalter@yahoo.com.br. E a pesquisadora ODILA MARIA F C MANSUR ,pelos telefones 22 27223288 (casa), 21 2334-0467 (UERJ) ou ainda 22 999824699 (celular) ou no Programa de Pós-Graduação em Educação da UERJ – Rua S. Francisco Xavier 524 sala 12037

bloco F. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UERJ que funciona a Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br.

Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur
- Doutoranda –

Declaro que entendo os objetivos, riscos e benefícios da participação de meu/minha filho (a) na pesquisa e concordo que ele (ela) participe.

Eu li as informações contidas no projeto de pesquisa e quero que meu/minha filho (a) participe do programa. Eu fui informada que a participação é voluntária, que não será remunerada ou envolverá qualquer outro privilégio para meu/minha filho (a), tenho igualmente ciência de que posso cancelar o consentimento para participação de meu/minha filho (a) a qualquer momento sem nenhuma consequência para sua educação presente ou futura, e de que todos os dados coletados serão anônimos e protegidos. Estou ciente de que há gastos previstos e caso haja serei ressarcida.

Também fui informada que uma vez encerrada a coleta de dados, a pesquisa não prevê coletas futuras, porém dou meu consentimento para que a pesquisadora possa entrar em contato comigo no futuro se necessitar de dados de acompanhamento de pesquisa.

A pesquisadora informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COEP, da UERJ.

Local e data:

.....

Assinatura da mãe/ pai ou responsável legal da criança



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Autorização para filmagem

Prezados Pais, seu/sua filho(a)
 participará da pesquisa: “Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce”. A metodologia de capacitação das mães e análise dos dados são efetuadas através de observação de filmagens realizadas no domicílio da criança, em momentos de interação mãe/cuidadora/criança (situações de brincadeira e lanche). As filmagens ocorrerão durante observação da pesquisadora, bem como poderão ocorrer pelos pais/cuidadores, sempre que desejarem, para serem analisadas em conjunto com a pesquisadora, visando discutir as estratégias aprendidas no processo de capacitação. Informo que: a) as cenas filmadas serão vistas pela pesquisadora, assistentes de pesquisa e profissionais orientadores; b) as cenas não serão exibidas em eventos ou pessoas diferentes das citadas; c) os vídeos ficarão sob-responsabilidade da pesquisadora, arquivados em DVD devidamente identificados, e ao final da pesquisa serão depositado no Programa de Pós-Graduação de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; d) durante o processo caso aconteça alguma necessidade não prevista previamente, os pais serão consultados e em caso negativo as imagens não serão utilizadas; e) não haverá nenhum custo ou reembolso pela cessão das imagens de nenhuma das partes.

Diante do exposto, solicito autorização para filmar e fotografar a sua criança, a mãe e/ou a babá, em situações de interações livres, no ambiente domiciliar ou institucional.

Campos, de de 2014.

.....
 Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur
 - CPF: 617.089.687-68 -

AUTORIZO:

Assinatura do Pai ou Mãe:

CPF:



Termo de Consentimento do Representante Legal ou Diretor (a) da Instituição

Eu,, abaixo assinado, diretor (a) da (o), no uso de minhas atribuições e na forma da Lei, ciente dos objetivos da pesquisa intitulada “Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce” conduzida pela pesquisadora Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur, concordo em participar da mesma e permitir a realização de observação, filmagens, de fotografias e aplicação de instrumentos de avaliação em situações previamente combinadas com a pesquisadora, e ceder as demais informações ou documentos que se fizerem necessários.

Concordo também com a divulgação dos resultados provenientes da pesquisa, sendo resguardado o direito de sigilo à minha identidade pessoal e das demais pessoas participantes das mesmas.

Campos, de de 2014.

.....
 Diretor da Instituição -
 AFAMCI – HPC



Termo de Consentimento do Representante Legal ou Diretor (a) do Serviço


Eu,, abaixo assinado, responsável pelo SERVIÇO, no uso de minhas atribuições e na forma da Lei, ciente dos objetivos da pesquisa intitulada “Falando com bebês: da detecção de sinais de risco para Autismo à intervenção precoce” conduzida pela pesquisadora Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur, concordo em participar da mesma e permitir a realização de observação, filmagens, de fotografias e aplicação de instrumentos de avaliação em situações previamente combinadas com a pesquisadora, e ceder as demais informações ou documentos que se fizerem necessários.

Concordo também com a divulgação dos resultados provenientes da pesquisa, sendo resguardado o direito de sigilo à minha identidade pessoal e das demais pessoas participantes das mesmas.

Campos, de de 2014.

Dra. Carmen Célia de Oliveira Azevedo Moretto
 RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE PEDIATRIA E PUERICULTURA
 AFAMCI/HPC

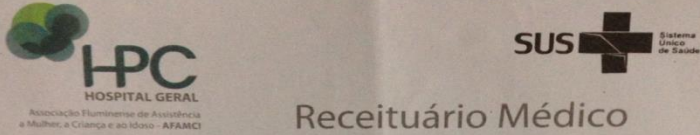
ANEXO E – Ficha de entrevista e acompanhamento das crianças

		AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR
FICHA DE ENTREVISTA, AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO		
DATA DA AVALIAÇÃO: ____ / ____ / ____		
Nº DO CNS (Cartão Nacional do SUS): _____		
NOME: _____		DN: ____ / ____ / ____
ENDEREÇO: _____		
TELEFONE (S): _____		
FILIAÇÃO: MÃE: _____		IDADE: _____
PAI: _____		IDADE: _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____		
LOCAL DE NASCIMENTO: _____		
MEDICAMENTOS EM USO: _____		

EMCAMINHADO POR: _____		
INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:		
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psicopedagogo		
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional		
DESCRIÇÃO DO CASO:		

OUTRAS OBSERVAÇÕES:		

ANEXO F – Diagnóstico médico e encaminhamento de Ana

**HPC**
HOSPITAL GERAL
Associação Fluminense de Assistência
à Mulher, à Criança e ao Idoso - AFAMCI


SUS Sistema Único de Saúde

Receituário Médico

Encaminhado a menor [REDACTED]
10 meses, ao Ambulatório Interdisciplinar
do HPC (Prof. Odila Mansur).

Criança apresentando atraso significativo
no desenvolvimento motor, pouca
contato ocular, falta de orientação para
o nome e falta de engajamento em
interações sociais.

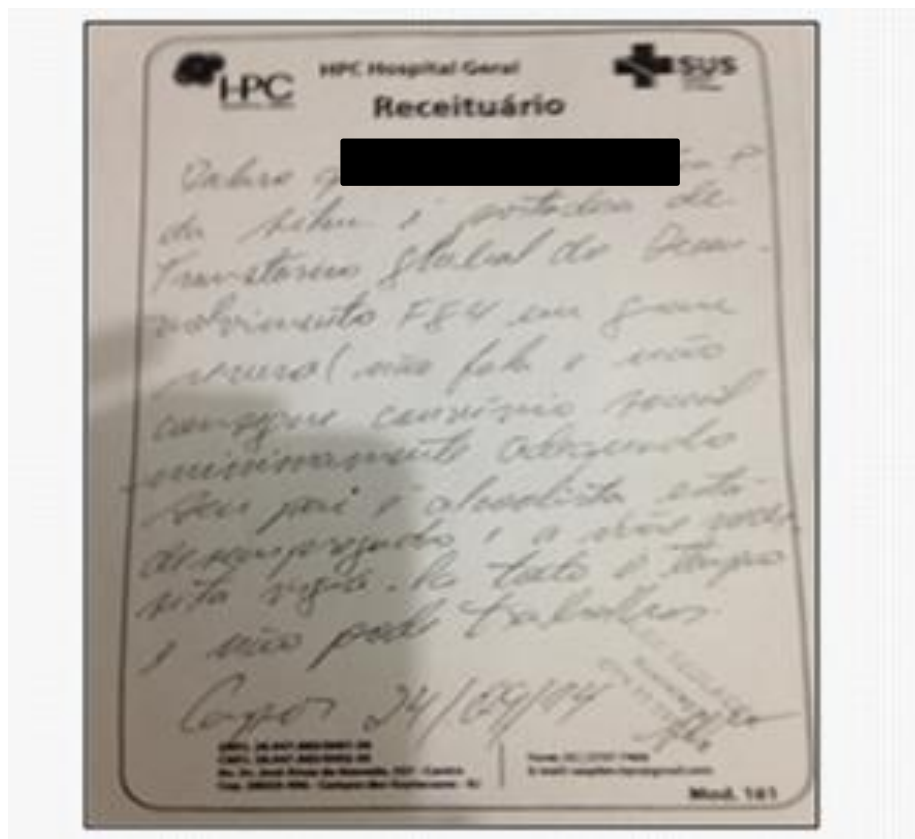
Realizado BERA: sem alterações.
Solicita avaliação e conduta.

Luata,
Dr^a Laura C. Mansur
Médica
CRM 52 95405-5 
10/04/15

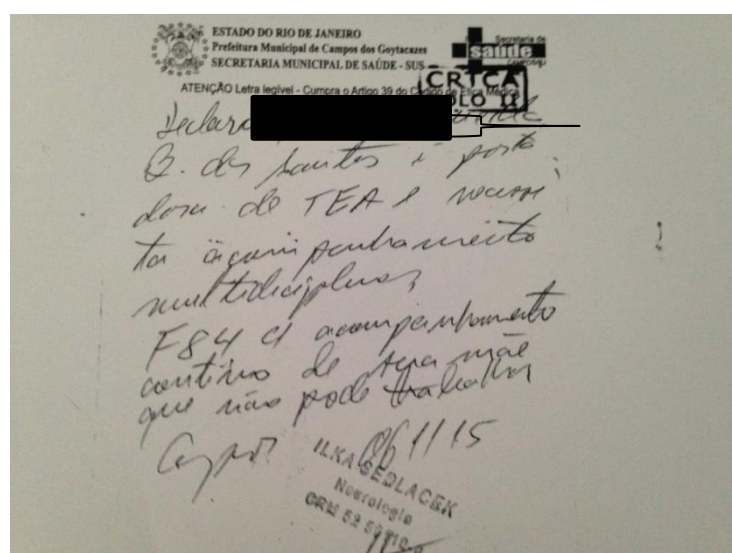
CNPJ: 28.947.885/0002-30
Av. Dr. José Alves de Azevedo, 337 - Centro
Cep. 28025-496 - Campos dos Goytacazes - RJ

Fone: 22 | 2737-7400 | 2737-7402 | 2737-7411
E-mail: sasplan.hpc@gmail.com

ANEXO G – Diagnóstico médico e encaminhamento de Izabel e Márcia




Izabel



Márcia

ANEXO H – Atividades de Estimulação Sensorial

1. Carrinho de pano



Material: Uma colcha, um lençol ou um colchonete pequeno. Objetos com informações visuais, auditivas, proprioceptivas ou táteis relevantes.

Preparo e segurança: Certifique-se de que o espaço no qual a atividade irá se realizar esteja livre de obstáculos e seja amplo o suficiente para permitir deslocamentos. Verifique se a textura do solo permite o deslocamento sem atrito.

Atividade: Quando o bebê estiver deitado sobre o colchonete ou sobre a colcha, arraste-o puxando a colcha (ou colchonete), promovendo o deslocamento lateral. Desloque-o com movimentos rítmicos e com graduação de intensidade. Durante a atividade, fale com o bebê, cante, incentive-o a direcionar o olhar para você e para o espaço alternadamente. Coloque um objeto de relevância visual (luz ou cor) ao lado da criança, promovendo o toque acidental no objeto. Incentive a criança a olhar para o objeto ao tocá-lo.


Variações: Incline o colchonete ou a colcha, permitindo que o bebê role sobre ele(a); arraste-o quando estiver na posição sentada, promova o deslocamento anteroposterior. Promova pequenos desequilíbrios e pausas, e gradue a intensidade do movimento. Incentive a criança a alcançar o objeto tocado acidentalmente, ofertando objetos com som, luz, textura ou vibração.

Processamento sensorial: Sistemas proprioceptivo, vestibular, visual, tátil e auditivo. Discriminação visual, vestibular e proprioceptiva. Discriminação tátil-visual e visual-auditiva.

Principais funções facilitadas: Controle postural (fortalecimento muscular e equilíbrio). Registro e memória sensorial.

41

4. Cadê? Achou!



Material: Panos que possam servir de anteparos para cobrir objetos, e objetos coloridos, com vibração, som ou luz.

Preparo e segurança: Certifique-se de que o espaço esteja livre de obstáculos e apresente somente peças de tamanho adequado à idade da criança. Utilize objetos laváveis e higienizáveis.


Atividade: Apresente o objeto e esconda-o sobre um anteparo, incentivando a criança a procurá-lo. Esconda novamente o objeto sob dois anteparos e incentive novamente a busca pelo objeto escondido. O incentivo pode ser oferecido por meio de palavras (Cadê? Achou!) ou por meio de imitação (faça primeiro e mostre onde achar inicialmente).

Variações: Apresente dois anteparos em localizações diferentes, com objetos diferentes sob eles. Utilize objetos com informações sensoriais diferentes (objetos com luz, objetos com som, objetos com vibração). Deixe um anteparo vazio e coloque os objetos sob apenas um anteparo, incentivando a criança a procurar os objetos e descobrir sob qual anteparo foram escondidos.

Processamento sensorial: Sistema visual. Discriminação tátil-proprioceptiva-visual.

Principais funções facilitadas: Coordenação visuomotora, percepção espacial, visuoconstrução e permanência do objeto.

5. Gelatina divertida



Material: Cubos de gelatina colorida e cartolina.

Preparo e segurança: Verifique se a criança possui alguma restrição alimentar (albumina ou corantes) antes de oferecer a atividade com gelatina. Utilize gelatinas de alga, com corante natural. O local deve estar limpo e possível de ser higienizado posteriormente.

Atividade: Ofereça cubos de gelatina firmes e coloridos para que a criança "pinte" seu desenho ou a cartolina branca. Deixe que a criança explore e experimente os cubos de gelatina antes de utilizá-los para "pintar" a cartolina.

Variações: Use gelatinas com granola, e ofereça desenhos para a criança colorir com os cubos de gelatina. Acrescente creme de leite à gelatina, modificando sua consistência e textura. Incentive a criança a manipular a gelatina com ambas as mãos para misturar as diferentes cores.

Processamento sensorial: Sistemas tátil (consistência e temperatura) e visual (cor e forma). Discriminação tátil e visual.

Principais funções facilitadas: Coordenação motora fina, coordenação visuomotora, percepção visual e espacial.