TRANSTORNO DA LINGUAGEM COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM ESTUDO DE CASO

Silvia Aparecida Audibert

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto alegre, abril de 2015

Transtorno da linguagem como diagnóstico diferencial

do Transtorno do Espectro Autista: um estudo de caso

Monografia apresentada como exigência parcial do curso de Especialização em Infância e Família: Avaliação, Prevenção e Intervenção sob orientação da Prof.ª. Dra. Cleonice Bosa e sob a co-orientação da Prof.ª. Ms. Renata Endres.

Porto Alegre, 2015

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Breve histórico e caracterização do transtorno do espectro autista.....4

1.2. Aquisição da linguagem e caracterização do transtorno da linguagem.....8

1.3. Diagnóstico diferencial.....10

1.4. Justificativa e objetivos.....11

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1. Delineamento e participantes.....12

2.2. Instrumento.....13

2.3. Considerações éticas.....13

2.4. Síntese da história pregressa.....14

CAPÍTULO III

3.1. Resultados.....17

3.2. Discussão.....20

3.3. Conclusão.....24

3.4. Referências.....26

3.5. Anexo.....29

CAPÍTULO I

Introdução

1.1. Breve histórico e caracterização do transtorno do espectro autista

O psiquiatra austríaco Leo Kanner publicou em 1943 a obra intitulada "*Autistic Disturbances of Affective Contact*". Nesta obra, relatou casos de crianças que apresentavam em comum um isolamento significativo e comportamento e interesses restritos, denominando as mesmas de autistas (Kanner, 1943). Hans Asperger, também publicou um trabalho científico sobre o autismo no ano seguinte (Asperger, 1944/1991). Kanner ressaltava que o conhecimento sobre o autismo era limitado e controverso, principalmente no que se referia à etiologia, ao diagnóstico e tratamento. Constatou nas crianças que estudou uma inabilidade no relacionamento interpessoal, atraso na aquisição da fala, e a insistência obsessiva na manutenção da rotina. Assim como Kanner havia relatado, Asperger identificou em seus estudos crianças com comprometimento orgânico, dificuldade em fixar o olhar, mas atentou para a presença de um olhar periférico; e observou que além do retraimento social existia uma maneira ingênua de aproximação das pessoas. Asperger considerou a hipótese de um transtorno do afeto em relação ao autismo. Na década de 1960 a descrição de Kanner sobre o autismo estava difundida no meio acadêmico. No entanto, algumas crianças não correspondiam exatamente às descrições realizadas pelo autor, levando a novas investigações sobre a relação entre autismo e outros transtornos do desenvolvimento (Bosa, 2002).

Diante destas primeiras publicações, houve controvérsias com relação à distinção entre autismo, psicose e esquizofrenia. A primeira edição do CID não fazia menção ao autismo; a oitava edição o menciona como uma forma de esquizofrenia; e a nona edição agrupava-o como uma psicose infantil. Em 1980, o autismo passou a fazer parte dos transtornos globais do desenvolvimento. O DSM-IV inseriu o transtorno autista integrado aos transtornos invasivos de desenvolvimento, juntamente com os Transtornos Desintegrativos da Infância, a Síndrome de Rett e a Síndrome de Asperger (Bosa, 2002).

Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, (DSM-5), estabelece que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) esteja inserido na sessão dos transtornos neurodesenvolvimentais, contemplando os transtornos antes denominados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (APA, 2014).

Além destas significativas alterações, propõe como critérios diagnósticos para o TEA: déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, manifestados por dificuldades na reciprocidade socioemocional, nos comportamentos comunicativos não verbais, usados para interação social, comprometimento no desenvolvimento, manutenção ou compreensão dos relacionamentos; padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, insistência em fazer as mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, interesses fixos e altamente restritos, resposta extremamente sensíveis à estímulos sensoriais ou interesses fora do comum por aspectos sensoriais do ambiente; os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento, os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes (APA, 2014).

Para além do estabelecimento de critérios diagnósticos, outros marcadores devem ser analisados para fins de identificação de sinais que possam estar presentes precocemente. A habilidade de compartilhar as descobertas sobre o mundo através do olhar, dos gestos e das expressões emocionais é um marco no desenvolvimento sociocomunicativo da criança (Bosa, 2009). Segundo Tomasello (2003), o comportamento que envolve uma coordenação das interações da criança com objetos e pessoas reflete o conceito de atenção compartilhada.

Uma pesquisa recente teve como objetivo descrever as habilidades de orientação social e atenção compartilhada em uma amostra aleatória de 104 crianças. O estudo reportou que os indivíduos que tiveram seu desenvolvimento considerado suspeito de TEA obtiveram escores baixos nas categorias de iniciação da atenção

compartilhada e iniciação do comportamento de solicitação, considerados sinais precoces de TEA (Carvalho, 2013).

Esta habilidade sociocomunicativa emerge no segundo semestre de vida, aproximadamente aos nove meses de idade, decorrendo em mudanças na maneira como o bebê passa a se relacionar com as pessoas com as quais convive, com os objetos que manipula e também consigo mesmo (Tomasello, 2003). Bebês de seis meses interagem diadicamente com objetos e outras pessoas, mas entre nove e doze meses um comportamento triádico começa a aparecer. É nessa idade que os bebês começam a sintonizar-se com a atenção e com o comportamento dos adultos em relação a entidades exteriores, caracterizados por gestos que indicam que a criança deseja compartilhar a atenção com um adulto, sendo este um comportamento comunicativo exclusivamente humano. A ausência deste comportamento, segundo Tomasello (2003) parece ser um indicativo diagnóstico de TEA. Isso significa que a criança deve aprender as convenções comunicativas utilizadas por quem está a sua volta, ou seja, pela sociedade da qual faz parte (Tomasello, 2006).

Recentemente as prevalências de TEA relatadas nos Estados Unidos e em outros países alcançaram 1% da população. As estimativas são similares em amostras de crianças e adultos, mas ainda não está claro se taxas mais altas refletem expansão dos critérios diagnósticos do DSM-IV de modo a incluir casos sublimares, maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos ou aumento real na frequência do transtorno (APA, 2014).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos realizou um estudo de epidemiologia de TEA, publicado em março de 2014 e aferiu a prevalência de um caso de autismo para 68 crianças com 8 anos de idade, sendo uma em cada 42 meninos e uma em cada 189 meninas. Observa-se um aumento na prevalência mundial do TEA, o que justifica a ampliação de estudos neste transtorno a fim de possibilitar o diagnóstico e tratamento adequados. Este estudo epidemiológico pontua que o diagnóstico inicial permanece em torno de quatro anos e meio sendo que poderia ser identificado e diagnosticado aos dois anos de idade, impossibilitando a estas crianças e suas famílias a oportunidade de uma intervenção precoce (Centres for Desease, Control and Prevention, 2014).

A esse respeito o DSM- 5 propõe que os sintomas costumam ser reconhecidos durante o segundo anos de idade, embora possam ser vistos antes dos 12 meses, se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas apresentados forem mais sutis. A descrição do padrão de início pode incluir informações sobre atrasos precoces do desenvolvimento ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou linguísticas (APA, 2014).

Outro marcador que tem sido investigado como possível preditor de TEA é a regressão desenvolvimental. Algumas crianças com transtorno do espectro autista apresentam platôs ou regressão no desenvolvimento, com uma deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou uso da linguagem, frequentemente durante os dois primeiros anos de vida (APA, 2014; Backes, 2013). Um estudo investigou a relação entre a ocorrência de regressão da linguagem e o desenvolvimento sociocomunicativo, de 30 crianças com TEA reportou que 20% delas apresentaram regressão da linguagem. No entanto, o estudo ressalta ainda que a regressão da habilidade de linguagem oral parece não mostrar um fator de risco para o desenvolvimento sociocomunicativo posterior (Backes, 2013).

Alguns autores afirmam que se o diagnóstico for realizado antes dos três anos, o que é possível nos casos de suspeita de TEA e acrescido de intervenções precoces intensivas, poderá haver um prognóstico melhor principalmente em relação à adaptação psicossocial e familiar, ao desempenho cognitivo, ao comportamento adaptativo e às habilidades de comunicação e interação social (Virués-Ortega, 2010). Ainda, Gazzaniga (2005) ressalta que devido à plasticidade cerebral o diagnóstico precoce oportuniza intervenções que provocam uma melhora no quadro clínico do autismo.

Turner (2006) realizou um estudo com crianças que receberam diagnóstico de TEA aos dois anos de idade e que foram reavaliados aos nove anos, mostrou que os indivíduos que haviam sido submetidos a um maior número de fonoterapia, entre os dois e três anos de idade, eram mais eficazes no estabelecimento de comunicação funcional (Turner, 2006).

Como também o quanto antes se dá o desenvolvimento da linguagem nos quadros de TEA, melhor o prognóstico, sendo que quando esta não se desenvolve até os cinco anos, é indicativo de um atraso de linguagem significativo (Paul, 2003).

O estudo de Silva, Lopes-Herrera e De Vitto (2007) evidencia a importância de uma fonoterapia individual precoce com crianças autistas. Este tipo de intervenção visa: por meio de metas terapêuticas adequadas, a interação social, a atenção conjunta, a troca de turnos interacionais e, consequentemente, a aquisição da linguagem oral e a compreensão do processo de comunicação. O maior número de horas de intervenção e a idade precoce são significativos no aumento da aquisição de novas habilidades sociais, o que reforça a noção que a intervenção precoce é crucial para crianças com TEA (Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan & Wilke, 2009).

1.2. Aquisição da linguagem e caracterização do transtorno da linguagem

As aquisições fonológicas e comunicativas do bebê precedem e preparam o caminho para a obtenção da linguagem. Os bebês parecem estar biologicamente preparados para responder a fala humana (Flavell, Miller & Miller, 1999). No entanto, Vigotsky (1989b) refere que a aquisição da linguagem desempenha um papel decisivo no desenvolvimento dos processos psicológicos superiores e aponta que estes surgiriam através da intrincada interação de fatores biológicos que são parte da constituição *homo sapiens* e de fatores culturais que evoluíram ao longo da história humana. De acordo com Tomasello (2005, 2007), a aquisição da linguagem está relacionada com a interação entre os fatores biológicos e os estímulos ambientais e, portanto alterações em qualquer um desses fatores podem prejudicar sua aquisição e desenvolvimento da mesma.

A aquisição da linguagem revela a interação entre todos os fatores do desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. O bebê diz sua primeira palavra em algum momento entre dez e quatorze meses, iniciando a fala linguística. Mas antes de dizerem suas primeiras palavras, emitem sons que progridem do choro para arrulhos e balbucios, o que caracteriza a fala pré-linguística. Eles compreendem as palavras antes de usá-las. Aos treze meses, a maioria das crianças compreende que uma palavra representa uma coisa e pode rapidamente aprender o significado de uma nova palavra. Entre 16 e os 24 meses ocorre uma explosão de nomes e o próximo avanço linguístico ocorre quando a criança une duas palavras para expressar uma ideia (Papalaia, 2000).

Embora a fala pré-linguistica esteja um tanto ligada à idade cronológica, a fala linguística parece não estar. Aos três anos é fluente, mais extensa e complexa, e na terceira infância as crianças tornam-se cada vez mais competentes na gramática e continuam a expandir seu vocabulário e aperfeiçoar seu estilo (Papalaia, 2000). Zorzi (2004) corrobora com Papalaia ao sugerir que desde muito cedo já pode ser observada a comunicação não verbal, que evolui para a produção de sons, estrutura de sílabas, estrutura de frases, diálogo e brincadeiras.

Vygotsky (1989a, 1989b) considera que a linguagem auxilia na aquisição do conhecimento e, através do brincar da criança, a partir dos dois anos observa-se o desenvolvimento da linguagem como apoio à cognição. A linguagem também auxilia na comunicação, pois aprimora as possibilidades comunicativas.

No entanto, existem situações que provocam atrasos na aquisição e no desenvolvimento da linguagem, como por exemplo, o atraso simples de linguagem, que é uma defasagem no desenvolvimento da mesma, caracterizado por uso de frases simples, vocabulário reduzido, trocas na fala, combinação de sílabas de fonemas diferentes (Hage, 2004; Zorzi, 2008). O desvio fonológico, apresentado em crianças com idade igual ou superior a quatro anos, é caracterizado por trocas na fala e possui origem na dificuldade de produzir certos sons pelo cérebro (Wertzner, 2004).

O distúrbio específico da linguagem se caracteriza por uma disparidade entre o desenvolvimento global e o desenvolvimento da linguagem, situação em que as crianças apresentam pouca memória para uma sequência de sons, frases desestruturadas, vocabulário reduzido e trocas na fala (Bishop, 2002; Hage, 2004). Os transtornos da fluência apresentam-se como gagueira do desenvolvimento, taquifemia e taquilalia. A gagueira é caracterizada por repetições de sílabas ou sons, interjeições de sons e expressões, diferem da gagueira fisiológica. Alterações semânticas pragmáticas dizem respeito à competência comunicativa, onde a criança leva o adulto como instrumento para conseguir o que deseja, no lugar de se manifestar verbalmente, há pouca intenção de iniciar ou manter um diálogo, não há reciprocidade na comunicação, e geralmente apresentam mais facilidade para listar palavras ou situações do que para contar histórias. Ainda caracterizam estas alterações: dificuldades com a linguagem figurada, ingenuidade em situações sociais,

com dificuldade em se colocar no ponto de vista dos outros, e tendência a focar em objetos ou assuntos em particular (Bishop, 2000).

Segundo o DSM-5, o transtorno da linguagem tem como principal critério diagnóstico a dificuldade na aquisição e uso da linguagem em todas as suas modalidades, que limita a comunicação efetiva e a participação social, e são altamente herdáveis. Sendo assim, os critérios diagnósticos do transtorno da linguagem são: dificuldades na aquisição e no uso da linguagem devido a déficits na compreensão ou na produção, incluindo vocabulário reduzido, estrutura limitada de frases e prejuízos no discurso; capacidades linguísticas abaixo do esperado para a idade; início precoce dos sintomas e dificuldades não atribuídas a outras condições. As primeiras palavras e expressões surgem com atraso, o vocabulário é restrito, as frases são mais curtas e menos complexas, a criança apresenta problemas para recordar palavras e frases novas. A aprendizagem e o uso da linguagem dependem de habilidades receptivas e expressivas. As dificuldades refletidas no vocabulário e gramática limitam a capacidade para o discurso, que é evidenciado pela redução da habilidade de fornecer informações adequadas e de narrar uma história coerentemente, bem como podem interferir na comunicação eficaz, na socialização e no desempenho acadêmico e profissional (APA, 2014).

Considerando as questões apresentadas pelos contextos do TEA e do transtorno da linguagem, observa-se a importância de caracterizar especificadamente cada transtorno, suas semelhanças e diferenças, a fim de auxiliar na elaboração de um diagnóstico mais preciso.

1.3. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial dos quadros de TEA inclui os transtornos do movimento estereotipado, a Síndrome de Rett, o mutismo seletivo, a deficiência intelectual, o déficit de atenção/hiperatividade, a esquizofrenia, os transtornos da linguagem e transtorno da linguagem social pragmática. Em específico, neste estudo serão estudados os transtornos da linguagem e transtorno da comunicação social pragmática. Essas condições inserem-se nos transtornos da comunicação, que também incluem o transtorno da fala, transtorno da fluência com início na infância (gagueira) e outro transtorno da comunicação não especificado (APA, 2014).

No que se refere ao TEA, a linguagem é um campo investigativo muito relevante (Backes, 2013). De acordo com estudos recentes, o atraso no desenvolvimento da linguagem, em específico o atraso na fala, é o sintoma mais observado e que leva os pais a buscarem por avaliação e tratamento, embora os sintomas referentes à socialização sejam os mais precocemente identificados (Bosa, 2002, 2009; Zanon, 2014).

O DSM-5 aponta que as diferenças individuais na capacidade linguística ficam mais estáveis em torno dos quatro anos e, se diagnosticado a partir desta idade, pode permanecer estável com o tempo, persistindo na vida adulta. Deve ser diferenciado das variações normais da linguagem, da deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial, da deficiência intelectual, dos distúrbios neurológicos e da regressão da linguagem. O transtorno está associado a outros transtornos do neurodesenvolvimento, tais como: transtorno específico da aprendizagem, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do desenvolvimento da coordenação, TEA e ao transtorno da comunicação social pragmática (APA, 2014).

O transtorno da comunicação social pragmática possui como critérios diagnósticos a dificuldade no uso social da comunicação manifestado por prejuízo da capacidade de adaptar a linguagem ao contexto do ouvinte, dificuldade para seguir regras para conversar e contar histórias e dificuldades para compreender o que não é dito de forma explícita. A capacidade linguística apresenta-se abaixo do esperado para a idade, ocorrendo precocemente, assim como no TEA, que possui como critérios diagnósticos dificuldades na comunicação social e na interação social, mas diferentemente do transtorno da linguagem, devem apresentar padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, o transtorno da linguagem deve apresentar dificuldades na aquisição e no uso da linguagem incluindo vocabulário reduzido, estrutura limitada de frases e prejuízos no discurso (APA, 2014).

1.4.Justificativa e objetivo

O diagnóstico diferencial nos casos de suspeita de TEA é relevante, pois as características diagnósticas se sobrepõem aos sintomas de outros transtornos ou condições. Em específico nos casos do TEA e no transtorno de linguagem ocorre

uma dificuldade na comunicação. Esta dificuldade necessita ser analisada e diferenciada, levando em conta os critérios clínicos de cada transtorno.

O diagnóstico é importante, pois a intervenção clínica nos casos de TEA e do transtorno de linguagem é diferente, e a intervenção adequada influenciará significativamente no prognóstico. Além disso, aspectos relacionados à linguagem estão interligados à comunicação social e à interação social e ambos podem ser atribuídos ao diagnóstico de TEA ou de transtorno da linguagem. No caso do TEA, além dos déficits persistentes na comunicação social e na interação social a criança deve apresentar padrões restritos e repetitivos de comportamento.

No caso do TEA, a dificuldade na interação social e na intencionalidade tem impacto direto na comunicação. No entanto, no transtorno de linguagem, a dificuldade de comunicação é uma consequência do transtorno, e a intencionalidade da comunicação está presente.

Considerando estas semelhanças e diferenças, o presente estudo buscou investigar o comportamento de uma criança com suspeita de TEA, que apresentava dificuldades na fala, apontando quais tipos de comportamento poderiam potencialmente corresponder aos critérios diagnósticos do TEA ou de transtorno da linguagem, diferenciando ambas as condições. Essa diferenciação com base no comportamento ancorado em preceitos desenvolvimentais acerca da comunicação da criança, durante a interação social, na avaliação psicológica e/ou fonoaudiológica, pode auxiliar a equipe média na elucidação diagnóstica dos casos.

CAPÍTULO II:

2.1. Delineamento e participantes

Trata-se de um estudo de caso único de uma criança avaliada no Centro Experimental de avaliação Multidisciplinar em Autismo (CEMA), vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtorno do Desenvolvimento (NIEPED) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A avaliação foi realizada com um menino de cinco anos, com suspeita de TEA.

2.2. Instrumentos

Ficha de Dados Sociodemográficos e Desenvolvimento (anexo A). Utilizada para caracterizar os participantes do estudo e obter dados sociodemográficos da família, eventuais estressores, bem como investigar aspectos do desenvolvimento da criança, sinais e sintomas referentes a suspeita de TEA e seu estado de saúde física geral.

A *Escala de Maturidade Mental Columbia* (EMMC) 3ª edição foi utilizada para verificar a estimativa da capacidade de raciocínio geral. E aplicado em crianças com idade de 3 anos e 11 meses a 9 anos e 11 meses. Os 92 itens que compõem o teste são figurativos e se dividem em oito níveis de dificuldade. A criança realiza aquele segmento do teste que corresponde ao nível mais adequado à sua idade cronológica. A tarefa da criança é olhar as figuras e selecionar aquela que é diferente ou que não se relaciona com as demais.

Protocolo de Observação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro Autista (Marques & Bosa, 2010). Este instrumento avalia quantitativamente e qualitativamente o comportamento característico do TEA em crianças de 24 a 60 meses, consiste em três dimensões: Interação social, linguagem e comunicação; relação com os objetos e brincadeiras; e comportamento estereotipado e autolesivo. Cada uma das dimensões é subdividida em itens que definem operacionalmente os critérios diagnósticos do DSM-5, cujos comportamentos podem ser avaliados durante a observação da criança tanto em contexto de brincadeira livre quanto estruturada.

As sessões de avaliação foram gravadas em vídeo, para posterior análise e para preenchimento dos quesitos propostos pelo protocolo.

2.3. Considerações éticas

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos pais da criança, autorizando o uso do material desta avaliação para fins de estudo e

pesquisa, desde que mantido em sigilo os dados de identificação da criança e sua família. As informações utilizadas para a realização deste estudo fazem parte do banco de dados do Centro Experimental de Avaliação Multidisciplinar em Autismo (CEMA).

Em se tratando de um caso único, algumas informações foram alteradas na caracterização dos participantes, com o objetivo de impedir a identificação dos mesmos, sem interferir na análise e compreensão do caso. Para garantir a confidencialidade, a criança avaliada será chamada de Tiago.

2.4. Síntese da história pregressa

Serão relatados apenas os aspectos gerais da história pregressa no intuito de preservar o anonimato do caso.

Os pais procuraram o CEMA para esclarecer comportamentos que poderiam estar relacionados ao diagnóstico de TEA, vieram encaminhados pela neurologista que acompanha o Tiago.

As queixas parentais referiam-se às dificuldades para se comunicar, narrar fatos, falta de compreensão e atraso no desenvolvimento da linguagem, tendo então como motivo principal da avaliação investigar possíveis comprometimentos nas áreas da comunicação, interação social, qualidade da brincadeira, e ocorrência de comportamentos repetitivos/estereotipados para fins de esclarecimento aos pais acerca dos aspectos comportamentais do diagnóstico, identificar potencialidades e o adequado encaminhamento a profissionais da área.

Os pais relataram que Tiago realizou avaliação neurológica, genética, fonoaudiológica e psicológica e o diagnóstico não foi concluído, havendo ainda suspeita de TEA, levantada pela neurologista. O menino esteve em atendimento psicológico e fonoaudiológico, os quais não estavam sendo realizados no momento da avaliação. Na época da avaliação estava matriculado na pré-escola, mas passou a frequentar a creche desde o segundo ano de vida.

A Família é composta pela mãe, o pai, um irmão mais velho (fruto do primeiro casamento da mãe) e Tiago, filho único do casal. Os pais relatam que a gestação de Tiago foi planejada e que o pai do menino queria ter filhos. O período

gestacional transcorreu com tranquilidade, sendo que a mãe precisou fazer cesariana, pois o menino já estava passando do tempo para nascer. A mãe foi acompanhada pela obstetra durante toda a gravidez, mas conta que se preocupou em torno dos 8 meses, quando uma barra de ferro caiu sobre sua barriga, apesar de não ter apresentado complicações em decorrência do acidente.

Nos primeiros dias mamou no peito da mãe, a qual teve que retirar o leite em função de ter apresentado “figo” (sic), mas retornou a ser amamentado e o desmame ocorreu quando Tiago estava com 8 meses. Aos seis meses começou a comer papinhas e frutas. Atualmente apresenta restrições para comer folhas verdes em geral, apesar de aceitar couve em algumas ocasiões. Quando bebê apresentava sono tranquilo, mas não dormia à tarde, o que se mantém atualmente. Por vezes vai para o quarto dos pais durante a madrugada, permanecendo até amanhecer, ocasionalmente.

As preocupações em relação à Tiago vieram quando o menino estava com 2 anos, quando os pais passaram a perceber que ele não conseguia se comunicar ou compreender o que lhe era pedido. Segundo os pais , quando contrariado Tiago grita , fica bravo e xinga. Além disso, os pais se preocupam porque o filho parece não compreender que alguns comportamentos não podem ser feitos em determinados lugares, como por exemplo, entrar gritando no supermercado (sic). Também relatam que Tiago não gosta que falem alto em seu quarto e apresenta medo quando assiste aos créditos finais dos filmes.

No que se refere ao desenvolvimento da linguagem e comunicação, segundo a mãe, Tiago apresentou as primeiras vocalizações em torno dos quatro meses, as primeiras palavras em torno de 1 ano e 8 meses (mamã e papai) e as primeiras frases, as quais são curtas, em torno dos 4 anos. O menino faz gestos como apontar, solicitar ajuda compartilhar, assentir e negar com a cabeça, abanar. Também bate palmas, faz gracinhas, levanta os braços para pedir colo e sacode o dedo para dizer não. Segura o rosto do adulto para olhar em determinada direção e atende pelo nome quando chamado. Apresenta dificuldades na articulação da letra “r”. Repete a última palavra ou frase imediatamente após serem ouvidas e por vezes as usa como modelo para se comunicar, inventa troca e, em algumas ocasiões, combina palavras de forma estranha.

O menino apresentou o desenvolvimento neuromotor dentro do esperado, sempre tendo sido acompanhado pelo pediatra. No que se refere ao controle esfincteriano, ainda não possui controle anal. Segundo a mãe, toma banho, escova os dentes e se limpa após as evacuações com auxílio. Além disso, consegue se vestir sem ajuda quando quer, mas não consegue abotoar suas roupas e amarrar os cadarços.

No que tange ao aspecto afetivo, a mãe relata que Tiago apresentou os primeiros sorrisos em torno dos dois ou três meses. Sorri espontaneamente para pessoas familiares e em alguns momentos para pessoas não familiares, mas de acordo com a mãe, não sorri em resposta ao sorriso de outras pessoas. Apresenta variação na expressão facial, apropriada ao contexto, é carinhoso com seus familiares, compartilha atividades prazerosas com os mesmos e demostra preocupação com os pais quando estão tristes, doentes ou machucados.

Segundo os pais, apresenta gestos como o de apontar ou de mostrar desenhos ou brinquedos com o intuito de compartilhá-los de forma espontânea e recíproca. Faz comentários, olha para onde o parceiro aponta, toma a iniciativa e responde aos convites para brincar. Por outro lado, os mesmos relatam que o menino mostra-se ansioso na presença de outras crianças e engaja-se em brincadeiras estereotipadas e que varia sua resposta conforme o contexto e a pessoa.

Em relação à brincadeira, gosta de videogames, bonecos, jogos no celular, dispositivos eletrônicos e desenhos. Manipula diferentes brinquedos e explora e opera os brinquedos/objetos de forma típica, pegando, batendo e esfregando brinquedos de acordo com a função. Segundo a mãe, Tiago opera brinquedos e objetos (aperta, gira teclas, alavancas e cordões, abre e fecha tampas, coloca ou retira objetos de um recipiente, alinha, empilha, encaixa objetos com uma finalidade) e brinca de faz de conta usando miniaturas, usando um objeto como se fosse outro e com seus bonecos, atribuindo diferentes papéis a si mesmo e aos outros.

Ao redor dos três anos, Tiago alinhava e organizava os objetos sem aparente função, mas este comportamento não se mantém atualmente. Os pais relatam que quando perguntado sobre algo que saia de seu contexto ele responde com algum elemento ou fato que seja de seu interesse. Os pais não percebem movimentos estereotipados das mãos ou corpo e hipersensibilidade sensorial atualmente, mas

relatam que ao redor dos três anos quando ainda não falava e estava eufórico, imitava um passarinho. Mostra-se com medo na ausência dos pais e quando chegam em casa precisa descer do carro junto com sua mãe, caso contrário chora muito. Demonstra interesse peculiar pelo tecido de certos vestidos da mãe, e quando bebê se assustava muito com o barulho das ferramentas do pai.

CAPÍTULO III

3.1. Resultados do PROTEA

ÁREA I – Avaliação da comunicação e da interação social

A avaliação dos atos sociocomunicativos foi realizada em ambiente de brincadeira, contexto livre e também dirigido, por meio da observação da exploração dos brinquedos e dos comportamentos sociocomuncativos. Tais comportamentos foram avaliados com base nos seguintes eixos: 1) vocalizações, contato visual e gestos (isolados ou coordenados entre si); 2) iniciativas ou respostas (reciprocidade e espontaneidade); e 3) tipo de contexto (compartilhar ou buscar assistência).

Foram realizadas três sessões de avaliação com Tiago, sendo que o menino manteve o mesmo padrão de comportamento durante as interações com a examinadora, em contexto de brincadeira. No decorrer das observações, notou-se que Tiago tomou a iniciativa em várias situações, sendo este um comportamento frequente no decorrer das três sessões de avaliação. Ele chamava a atenção da examinadora para mostrar os brinquedos que explorava e/ou a convidava para brincar, ao mesmo tempo em que olhava e sorria para ela. Por exemplo, convidou-a para brincar com os bonecos, para montar as peças de encaixe, para brincar com a bola, mostrou o piano que estava explorando, a máquina fotográfica, os carrinhos, entre outros. Respondeu frequentemente aos convites da examinadora para brincar com objetos por ela oferecidos, coordenando com o olhar e o sorriso. Por exemplo, olhou o livro que a examinadora lhe mostrou e apontava para as figuras. Da mesma forma, ele brincou com a máquina fotográfica e com as bolhas de sabão, ambos

apresentados pela examinadora, olhando para o rosto dela e sorrindo durante a interação.

As situações de engajamento social, não mediadas por objetos, foram pouco frequentes, mas com qualidade quando apresentadas, uma vez que Tiago espontaneamente convidou a examinadora para brincar, por exemplo, de cócegas na bola grande e para dançar. Esses comportamentos foram acompanhados pelo olhar e o sorriso. Quanto à busca de contato físico, percebeu-se que Tiago buscou o contato e/ou a proximidade da examinadora, no decorrer das sessões, no entanto com pouca frequência. Quanto ao comportamento de imitação, Tiago imitou as ações da examinadora em diversas situações, alternando turnos, ou seja, apresentando o comportamento após observar a examinadora realizá-lo. Este comportamento mostrou-se bem frequente em todas as sessões, demonstrando interesse na interação com a examinadora ao imitá-la.

Durante as brincadeiras, observou-se que Tiago apresenta sorriso adequado ao contexto, de forma frequente. Ele sorriu quando brincou com a maioria dos brinquedos, como por exemplo: o livro, o pião, as bolhas de sabão, ao encaixar argolas no palhaço, máquina fotográfica, bola que vibra, entre outros.

No decorrer da avaliação, o comportamento de busca de assistência tendeu a aumentar nas duas últimas sessões, sendo pouco frequente no primeiro encontro. Na 2ª e 3ª sessões, na maioria das vezes em que Tiago necessitou de assistência para acionar ou manusear algum brinquedo, ele solicitou o auxilio da examinadora de maneira verbal e coordenando o pedido com o olhar. Por exemplo, entregou a bola que vibra para a examinadora, olhando para ela e pedindo para acionar a bola, ao dizer: “pode fazer isso?”; pediu ajuda para acionar a máquina fotográfica, dizendo: “como faz?”, olhando para a examinadora; olhou para a mesma e pediu para ela chutar a bola grande, dizendo: “chuta!”. Já os comportamentos de protesto e retraimento quanto à interação foram raros, apenas em um momento, na 3ª sessão, Tiago pediu para a examinadora não fazer cócegas nele.

Quando aos aspectos verbais, na área de intenção comunicativa, que envolve comportamentos verbais declarativos, de compartilhamento, como comentários acerca dos objetos, coordenando com contato visual e expressões afetivas, Tiago apresentou tais comportamentos de forma frequente, ao convidar a examinadora para

chutar a bola, para “desenhar um jacaré para assustar Tiago”, para mostrar “como faz o skate” e convidando-a para “desenhar o Tiago”. No entanto, na 3ª sessão, tais comportamentos mostraram-se menos complexos e com características mais imperativas, tais como protesto, nomeação e pedido, e embora coordenados com o olhar e expressões afetivas, apresentaram menos propósito de compartilhamento.

No decorrer das sessões Tiago demonstrou reconhecer sua vez na conversação, respondendo à examinadora através de verbalização e dirigindo sinais não verbais de alternância de vez (gestos e contato visual). No entanto, de forma muito frequente, não iniciou turnos conversacionais com a examinadora espontaneamente de forma adequada e consistente, restringindo-se a dar respostas. A maior parte do seu discurso era formada por ideias com poucas relações entre si e, frequentemente, não introduziu ideias novas ao discurso, ou seja, repetiu sugestões dadas na sessão anterior como chutar a bola, desenhar um jacaré, mostrar como o skate faz e convidar para desenhar o Tiago, mantendo a tendência a dar respostas. Quanto à prosódia, Tiago apresentou uma entonação vocal restrita, ou seja, tendendo a manter a mesma entonação, independente do contexto e da emoção do momento, porém sem rigidez. Cabe ainda destacar que Tiago não apresentou rituais verbais.

ÁREA II- Relação com os objetos/brincadeira

No que se refere ao contato e exploração dos objetos, no decorrer do processo de avaliação, Tiago manipulou praticamente todos os brinquedos (ex: piano, livro, carrinhos, jogos de encaixe, banana, xícara, bola que produz som e luz, bolha de sabão, pião, palhaço de argola, palhaço que gira, trem, etc.). A exploração dos brinquedos ocorreu de forma predominantemente típica, adequada ao contexto e a funcionalidade do brinquedo. Por exemplo, operou a bola que produz luz e som, apertou as teclas do piano, empurrou o carrinho, folhou o livro e acionou o pião. Em relação às formas de exploração visomotoras, observou-se que o menino segurou os objetos explorando-os firmemente por certo período de tempo, coordenando o olhar com a manipulação gestual.

Foi possível observar, ainda, presença de brincadeira simbólica utilizando objetos análogos ao real, mas em episódios relativamente isolados e de forma espontânea, com sequência difícil de ser identificada e sem conexão entre si. Isso foi percebido quando Tiago brincou de dar comida para os bonecos, quando os levou

para passear no shopping; na corrida dos carrinhos quando um dos carros “se acidenta e explode”.

ÁREA III- Comportamentos repetitivos e estereotipados / autolesivos

No decorrer das sessões, não foram observados movimentos repetitivos do corpo e comportamentos autolesivos. No entanto, destaca-se que Tiago apresentou movimento repetitivo das mãos, os quais foram pouco frequentes na 1ª sessão e muito frequentes na 2ª, tais como: tremor das mãos, apertar e estender os dedos e torcer os dedos. Já na 3ª sessão, os movimentos intensos, mas pouco frequentes foram: contrair os dedos e enrijecer os braços e contrair e esticar os dedos.

Resultados da Escala de Maturidade Mental Columbia - EMMC -3ª edição

Tiago não respondeu ao solicitado na EMMC revelando não compreender as instruções para realizar as tarefas iniciais propostas, o que seria esperado para sua faixa etária. Quando perguntado sobre qual das figuras mostradas não combinava com as demais, o menino apontava aleatoriamente para cada uma das figuras, enquanto contava de 1 a 5. Após a apresentação de 10 grupos de figuras ao menino, a aplicação do teste foi finalizada, sendo propostas outras brincadeiras de contexto livre. Isso aponta para possíveis dificuldades que envolvem compreensão da linguagem verbal e raciocínio, conforme medidos pela EMMC.

Ressalta-se que o desempenho da criança é o resultado de interação de muitos fatores complexos que afetam o desenvolvimento da sua capacidade de lidar com os materiais apresentados no teste. Entretanto, a estabilidade no nível da capacidade da criança não deve ser associada exclusivamente aos resultados do teste.

3.2. Discussão

Considerando as semelhanças e diferenças entre os critérios diagnósticos do TEA e dos transtornos da comunicação, o presente estudo buscou investigar o comportamento de uma criança com dificuldades na comunicação, com suspeita de TEA, apontando quais tipos de comportamento poderiam preencher tais critérios diagnósticos.

Os aspectos relacionados à linguagem estão interligados à comunicação social e à interação social e ambos podem ser atribuídos a um diagnóstico de TEA ou de um transtorno de linguagem. No TEA, além dos déficits persistentes na comunicação social e na interação social a criança deve apresentar padrões restritos e repetitivos de comportamento (APA,2014).

No caso do TEA, a dificuldade na interação social e na intencionalidade tem impacto direto na comunicação. No entanto, no transtorno de linguagem, a dificuldade de comunicação é uma consequência do transtorno, sendo que a intencionalidade da comunicação está presente. Tomasello (2003) refere que as crianças compreendem as outras pessoas como agentes intencionais e podem entender uma intenção comunicativa quando conseguem monitorar os estados intencionais dos outros com seus próprios estados intencionais. Ressalta ainda que sons tornam-se linguagem para as crianças quando elas entendem que o adulto está fazendo determinado som com a intenção de que prestem atenção a algo. Aquino e Salomão (2011) realizaram um estudo que objetivou analisar as manifestações de intencionalidade comunicativa, através das observações de seis díades mãe-bebê em episódios diferentes, aos seis, nove e doze meses. Os dados obtidos permitiram confirmar que os bebês mostraram habilidades comunicativas que evoluíram de forma não intencional para formas comunicativas intencionais. Pontuam ainda que os bebês desenvolvem gradativamente a habilidade comunicativa intencional. Rivero (2003) aponta que a comunicação intencional nos bebês é construída num contexto social e relacional desde as primeiras trocas realizadas entre o bebê e o adulto. Tomasello (2003) afirma que as crianças autistas apresentam dificuldades na habilidade de prestar atenção a objetos junto com outras pessoas e compreender o outro como agente intencional. Tiago apresentou intencionalidade, portanto, neste aspecto não se enquadra nos critérios diagnósticos de TEA.

A análise da comunicação e da interação social revelou que o menino demonstrou iniciativa em várias situações, como por exemplo, quando mostrava os brinquedos e convidava a examinadora para brincar, e quando olhava e sorria para ela mostrando habilidades de atenção compartilhada. De acordo com Bosa (2002) e Tomasello (2003) a ausência da habilidade de atenção compartilhada é um preditor importante de TEA. Charman (2003) corrobora com os autores ao colocar que a habilidade de atenção compartilhada poderia ser considerada uma etapa inicial do

desenvolvimento sociocomunicativo. Ressalta ainda que as crianças com TEA dedicam um tempo maior à exploração de objetos que às pessoas, e este comportamento levaria a um menor contato social.

A análise do protocolo nas situações que envolvem a relação com objetos e brincadeira, Tiago manipulou adequadamente todos os brinquedos, mas sua forma de brincar pareceu ser pouco espontânea, e a brincadeira simbólica pode ser observada somente em episódios isolados. Quando ocorre um déficit na brincadeira simbólica ou de "faz de conta" este é um comportamento considerado característico das crianças com suspeita de TEA, embora Steiner, Goldsmith, Snow e Chawarska (2012) apontam que seria possível identificar alguns indícios de brincadeira simbólica em crianças com TEA. No entanto, nesses casos a brincadeira apresentar-se-ia de forma estereotipada e rígida. Segundo Williams (2003), na manipulação dos objetos as crianças com TEA tendem a apresentar interesses restritos a poucos objetos, muitas vezes explorando partes isoladas dos objetos. O prejuízo acentuado no surgimento da capacidade simbólica parece ser uma característica mais comumente associada a crianças com TEA, o que não foi observado em Tiago, considerando que sua brincadeira não se mostrou de forma rígida nem estereotipada. Além disso, o menino demonstrou interesse por uma variedade de brinquedos.

Tiago imitou as ações da examinadora em diversas situações, este comportamento mostrou-se bem frequente em todas as sessões, demonstrando interesse na interação com a examinadora ao imitá-la. Falhas na habilidade de imitar o outro, segundo Rogers e Benetto (2000) são demonstrativos importantes do perfil neuropsicológico do autismo, podendo prejudicar ou interferir na conectividade emocional. Meltzoff (1999) acrescenta que as crianças aprendem sobre as ações e intenções do outro, estando este comportamento presente em torno dos nove meses de idade, em crianças com desenvolvimento típico.

As dificuldades significativas apresentadas por Tiago no processo de avaliação centraram-se na linguagem, tanto na compreensão quanto na expressão da mesma. Tais questões puderam ser constatadas através do relato dos pais e também das sessões de brincadeira. Segundo a mãe de Tiago, aos dois anos o menino ainda não falava e com quatro expressava apenas frases curtas. Durante as sessões de avaliação pode-se observar que Tiago frequentemente não iniciava turnos conversacionais com a examinadora de forma espontânea e consistente, sendo o seu

discurso formado por ideias com poucas relações entre si, mantendo a tendência a dar respostas. Apresentou também uma entonação vocal restrita, porém sem rigidez. O atraso na fala encontra-se nos critérios de TEA, no transtorno da linguagem e no transtorno da comunicação social pragmática (APA, 2014), sendo que a intencionalidade da comunicação nos casos de TEA está comprometida. Tiago, conforme análise do protocolo apresentava intencionalidade, que pode ser observada nos momentos em que o menino mostrou iniciativa, quando chamou a atenção da examinadora para mostrar os brinquedos que explorava e/ou a convidava para brincar, olhando e sorrindo para a examinadora, e respondendo aos convites da mesma para brincar com objetos por ela oferecidos.

No que se refere à área de comportamentos, atividades e interesses restritos, repetitivos e estereotipados, perante a observação clínica, Tiago apresentou movimentos repetitivos das mãos. Na história clínica do menino, os pais relataram que em alguns momentos ele imitava um “passarinho”, quando estava excitado e eufórico. Segundo os critérios diagnósticos do Transtorno de linguagem ou do transtorno da comunicação social pragmática, comportamentos estereotipados e repetitivos, presentes ou passados não podem fazer parte do quadro. Por isso, podemos pensar que ele não fecha diagnóstico nem para TEA, nem para o Transtorno da linguagem ou mesmo do Transtorno da comunicação social pragmática. Diante desta situação, pode-se pensar em transtorno da comunicação não especificado. Este diagnóstico pode ser aventado em casos em que se escolhe por não ser possível especificar o motivo pelo qual os critérios para transtorno da comunicação ou para algum transtorno do neurodesenvolvimento específico não são preenchidos ou quando não há informações suficientes para um diagnóstico mais específico (APA, 2014).

Os comportamentos observados através da observação com Tiago nas áreas de comunicação e interação social, bem como brincadeira, ainda que tenham demonstrado variação em sua expressão, parecem estar prejudicados em decorrência das dificuldades especialmente no que se refere à linguagem. Chama a atenção o repertório restrito, com dificuldades em narrar histórias, articular palavras, expressar ideias e compreender aspectos mais complexos, além de uma repetição imediata do que é falado. Estes resultados, tomados conjuntamente, sugerem dificuldades na aquisição da linguagem, que denotam a necessidade de continuidade em sua

investigação. Os comprometimentos identificados apontam para a suspeita de transtorno de comunicação, que deverá ser investigado e especificado com base em uma avaliação fonoaudiológica na área para o diagnóstico conclusivo. Inicialmente, não parece se tratar de comprometimentos da comunicação característicos do diagnóstico de TEA, considerando que o menino demonstrou habilidade de interação social recíproca e espontânea e ausência de comportamentos rigidamente estereotipados e/ou ritualizados.

3.3. Conclusão

A importância deste estudo centra-se em investigar o comportamento de uma criança com suspeita de TEA, que apresentava dificuldades na fala, apontando quais tipos de comportamento poderiam potencialmente corresponder aos critérios diagnósticos do TEA ou de transtorno da linguagem, diferenciando ambas as condições.

Frente à severidade de um diagnóstico de TEA, pois as intervenções terapêuticas com uma criança com transtorno de linguagem é bem diferente da intervenção com uma criança com TEA. O diagnóstico diferencial nesse caso é fundamental.

Nesse sentido o diagnóstico possibilita uma intervenção adequada, que poderá repercutir num prognóstico mais favorável. Mesmo em situações onde o diagnóstico não se conclua efetivamente é importante atentar para as questões do desenvolvimento infantil, onde é possível identificar atrasos e comprometimentos importantes.

O protocolo mostrou ser um eficiente instrumento de triagem nos casos de suspeita de TEA, por contemplar peculiaridades do espectro autista, como a imitação, a atenção compartilhada, a brincadeira, comportamentos repetitivos e estereotipados, e especificamente, a linguagem, sendo esta a dificuldade analisada neste estudo. O protocolo contribuiu para situar se os comportamentos apresentados se enquadravam no TEA.

No que se refere à avaliação de linguagem Fernandes ressalta que a determinação de procedimentos cada vez mais adequados e clinicamente apropriados de avaliação é fundamental para a investigação diagnóstica eficiente e que forneça subsídios para a prática baseada em evidências, quer no sentido de fundamentar as propostas de intervenção, quer no acompanhamento de seus resultados (Fernandes, 2000, 2009).

As crianças com transtorno da Linguagem podem ter dificuldades significativas no desenvolvimento da fala e da linguagem, e isso pode afetar a socialização e a interação com outras crianças e com outras pessoas com as quais convive.

3.4. Referências

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

Andrade, C. (2004). Abordagem neurolinguística e motora da gagueira. In: *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca.

Aquino, F.S.B. & Salomão, N.M.R. (2011). Intencionalidade comunicativa e atenção conjunta: uma análise em contextos interativos mãe-bebê. *Psicologia: reflexão e crítica.* Vol. 24 no 1. Porto Alegre.

Asperger, H. (1991). Autistic psychopathy in childhood. In: Frith, U. (org.). *Autism and Asperger Syndrome.* Cambridge: Cambridge University. (original publicado em 1944).

Backes, B., Zanon, R.B. & Bosa, C.A. (2013). *A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do autismo*. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RGS, Brasil.

Befi-Lopes, D. M. & Palmieri, T. (2000). *Análise dos processos fonológicos utilizados por crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem*. *JBF*, v. 1, n. 4, p. 48-58.

Bishop, D.V.M. (2000). Pragmatic language impairment: a correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? In: Bishop DVM, Leonard LB, eds. Speech and language impairments in children: causes, characteristics, intervention and outcome. *Hove:Psychology Press.*

Bishop, D.V.M. (2002).The role of genes in the etiology of specific language impairment. *Elsevier Science.*

Bosa, C.A. & Baptista, C.R. (2002). *Autismo e educação. Reflexões e propostas de intervenção.* Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C.A. (2002). Sinais precoces de comprometimento social no autismo infantil. In W. Camargos, Jr. W. (Ed.). *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. Brasília: Corde.

Bosa, C.A. (2009). Compreendendo a evolução da comunicação do bebê: implicações para a identificação precoce do autismo. In V.G. Haase, F.O. Ferreira, & F.J. Penna (Eds.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: Coopmed.

Carvalho, F.A., Paula, C.S., Teixeira, M.C.T., Zaqueu, L.C.C. & D'Antino, M.F. (2013). Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de um município de São Paulo. *Revista psicologia: teoria e prática*. 15 (2)144-154. São Paulo, maio agosto.

Charman, T. (2003) Why is joint attention a pivotal skill in autism? *Philosophical transactions of The Royal Society B: Biological Sciences*.

Fernandes, F.D.M. (1996). *Autismo infantil: repensando o enfoque fonoaudiológico - aspectos funcionais da comunicação*. São Paulo: Lovise.

Fernandes, F.D.M. (2009). Famílias com crianças autistas na literatura internacional [revisão]. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia*. 14(3):427-32.

Flavell, J.H., Miller, P. H. & Miller, S.A. (1999). *Desenvolvimento cognitivo.* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Gazzaniga, M.S. & Heatherton, T.F. (2005). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento.* Trad. M.A.V. Veronese. Porto Alegre: Artemed.

Granpeesheh, D., Dixon, D.R., Tarbox, J., Kaplan, A.M., & Wilke, A.E. (2009). The effects of age and treatment intensity on behavioral intervention outcomes for children with autism spectrum disroders. Research in Autism Spectrum Disordrs, 3(4).

Kanner, L. (1943). Affective disturbances of affective contact. Nervous Child, v.2, p.217-250.

Marques, D. & Bosa, C.A. (2010). *Aprimoramento e evidências de validade do Protocolo de observação para crianças com suspeita de Transtornos do Espectro Autista: um estudo preliminar*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RGS, Brasil.

Meltzoff, A.N. (1999). Origins of theory of mind, cognition and communication. Journal of disorders. 32, 251-269.

Mota, H.B. (2004) Fonologia: intervenções. In: *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Editora Roca.

Papalaia, E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Paul R. (2003). *Promoting social communication in high functioning individuals with autistic spectrum disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin Am. 12(1): 87-106; vi-vii.

Redmond, S. M. & Rice, M. L. (2002). *Stability of behavioral ratings of children with SLI. J. Speech Lang. Hear. Res.*, v. 45, n. 1, p. 190-201, feb.

Rivero, M. (2003). Los inícios de la comunicación: la intencionalidad comunicativa y el significado como procesos graduales. *Anuário de Psicologia, 34*(3), 337-356.

Rogers, S.J. & Bennetto, L. (2000). Intersubjectivity in autism: The roles of imitation and executive function. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Eds.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective.* Baltimore: Paul H. Brookes.

Scheuer, C. (2002). *Distúrbios da linguagem nos transtornos invasivos do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed.

Silva, R. A., Lopes-Herrera, S.A. & De Vitto, L.P.M. (2007). Distúrbio de linguagem como parte de um transtorno global do desenvolvimento: descrição de um processo terapêutico fonoaudiológico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2007; 12(4): 322-8

Steiner, A. M., Goldsmith, T.R., Snow, A. V. & Chawarska, K. (2012). Practitioner's Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers. *Journal Autism Dev Disord*, 42:1183–1196.

Tomasello, M. (2003). *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano.* São Paulo: Martins Fontes.

Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T. & Moll H.(2005). Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. Behav Brain Sci. 28(5):675-91.

Tomasello M. (2006). Acquiring linguistic constructions. In: Kuhn D, Siegler R, eds. *Handbook of child psychology*. New York: Wiley.

Tomasello, M., Carpenter, M. & Liszkowski, U.(2007). A new look at infant pointing. Child Dev. ;78(3):705-22.

Turner, L.M., Stone, W.L., Pozdol, S.L.& Coonrod, E.E.(2006). *Follow up of children with autism spectrum disorders from age 2 to age 9*. Autism. 10(3):243-65.

Vygotsky, L.S. (1989a). *A formação social da mente.* São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L.S. (1989b). *Pensamento e linguagem.* São Paulo: Martins Fontes.

Virués-Ortega, J. (2010). *Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes.* Clinical Psychology Review.

Zorzi, J. & Hage, S. (2004). *PROC protocolo de observação comportamental.* Editora Pulso.

Wertzner, H. (2004). Fonologia: desenvolvimento e alterações. In: Ferreira, L.P. et al., eds. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Editora Roca.

Williams, E. (2003). A comparative review of early forms of object-directed play and parent-infant play in typical infants and young children with autism. *Autism*, 7(4), 361-374.

3.5. Anexo

Ficha de Dados Sociodemográficos e Desenvolvimento

(CEMA/NIEPED)

Data da entrevista: ___/___/___
Entrevistador: _____
Informante e grau de parentesco com o participante: _____
Início da Entrevista:_____ Término da Entrevista: _____

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome da criança:
Data de nascimento:
Idade:
Sexo: M ( ) F ( )
Naturalidade:
Escolaridade:
Escola (creche): **Idade da entrada na escola (creche):**
Endereço da família:
Telefones:

Avaliações realizadas

	Tipos de exames/avaliações	**Idade exames/avaliação**
Neurológica		
Genética		
Fonoaudiológica		
Psicológica		
Outras		

Tipos de atendimentos frequentados (data de início e frequência semanal)
Uso de medicação contínua ( ) Não ( ) Sim. Quais:_____

II – DADOS DA FAMÍLIA

Nome do pai:_____
Idade: _____ Data de nascimento:___/___/___
Escolaridade:_____
Profissão:_____
Nome da mãe:_____
Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/___
Escolaridade:_____
Profissão:_____
Primeiro casamento ( ) Sim ( ) Não Tempo de união:
Ocorrência de separação temporária ( ) Sim ( ) Não Tempo de separação:
Nomes dos irmãos da criança

Nome dos irmãos	Idade	Data de nascimento	Filho de outra relação?	Filho adotivo?

Quem vive com a criança?
Quem toma conta da criança na ausência dos pais?

III – BACKGROUND FAMILIAR

Registrar se há história de problemas de desenvolvimento dos pais, irmãos e outros familiares (desenvolvimento físico ou mental, problemas emocionais, problemas de aprendizagem na escola – escola/escrita) e se houve necessidade de tratamento. Investigar a presença de esquizofrenia, depressão, transtornos obsessivo compulsivo ou epilepsia em familiares.
Cirurgias e hospitalizações dos pais ou irmãos:

IV – DADOS DA GESTAÇÃO AO PÓS-PARTO

1 – Gestação
Como foi a gestação? (descoberta e recebimento da notícia, estado emocional, perdas significativas, mudanças de emprego, residência, etc.)
Como estava a relação do casal durante a gestação?
Como estavam as condições de saúde materna durante a gestação? (náuseas e vômitos, problemas urinários, hemorragias 1º e 3º mês, diabetes, distúrbios imunológicos, exposição a raios-x, fumo, álcool, drogas, doenças infecciosas, cirurgia, hipertensão, dores de cabeça, tensão física e/ou emocional, anemia).
Usou medicamentos durante a gestação? Quais?
2 – Pós-parto
Como foi o pós-parto?
Como estavam as condições de saúde do bebê e da mãe após o parto?
Apresentou depressão pós-parto?
Como foram os primeiros dias em casa? (reação do bebê, sono, amamentação, rede social de apoio materno, pai, familiares, etc).

V - PRIMEIROS SINTOMAS

Idade que notaram os primeiros sintomas? Quais foram?
( ) Atraso/peculiaridades no desenvolvimento da linguagem compreensiva ou expressiva da criança. Exemplifique:
( ) Problemas no comportamento social (falta de interesse/afastamento das pessoas e crianças, relacionamento bizarro). Exemplifique:
( ) Atraso no desenvolvimento físico e/ou motor. Exemplifique: ( ) Problemas no sono. Quais?
( ) Problemas de alimentação. Quais?
( ) Problemas na conduta (ex: agressividade, hiperatividade, automutilação).
( ) Medos (considerar idade e situações).

( ) Presença de estereotipias na criança (maneirismos motores, brinquedo e comportamento repetitivo, apego a objetos pouco usuais para a idade cronológica). Quais?
Outras áreas de preocupação:

VI – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Peso ao nascer: _____
Apgar: _____

1 – Alimentação
Quando bebê:
Sem problemas ( )
Quando e como foi o primeiro contato com o seio?
Como foi o desmame? (idade e circunstâncias)
Tomou mamadeira? ( ) Não ( ) Sim. Idade:
Introdução de sólidos ( ) Não ( ) Sim. Idade:
Atualmente
Sem problemas ( )
Aceita sólidos de diferentes consistências ( ) Não ( ) Sim
Apresenta problemas (ex: alterações na mastigação; pouco apetite; voracidade)
Apresenta particularidades em relação a comida (ex: hiperseletividade) ( ) Não ( ) Sim

2 - Sono
Quando bebê:
Sem problemas ( )
Dormia sozinho ( ) Sim ( ) Não. Dividia coma/quarto com quem?
Dificuldades para conciliar o sono (acordava durante a noite; sono agitado; choro)?
Atualmente:
Sem problemas ( )
Dormia sozinho ( ) Sim ( ) Não. Dividia coma/quarto com quem?
Dificuldades para conciliar o sono (acordava durante a noite; sono agitado; choro)?

3 – Linguagem/Comunicação
Idade das primeiras vocalizações?
Não apresentou ( )
Idade das primeiras palavras? Quais ?
Não apresentou ( )
Idade das primeiras frases? Exemplos
Não apresentou ( )
Considera que houve algum atraso no aparecimento da fala?

Gestos (assinale com X se presente)

	Ao redor dos 12 meses	**Atualmente**
Apontar para solicitar ajuda		
Apontar para compartilhar		
Assentimento com a cabeça		

Negação com a cabeça		
Abanar		
Assoprar beijos		
Imitar “gracinhas”		
Bater palmas		
Levantar os braços para pedir colo		
Sacudir o dedo indicador para dizer “não”		

Área verbal
( ) inferior aos 18 meses de idades (apenas vocalizações)
( ) superior aos 18 meses (no mínimo palavra-frase)

4 – Padrão de comunicação
A criança segura o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção
( )Sim ( )Não
A criança pega na mão do adulto como se fosse uma ferramenta para abrir/alcançar algo
( )Sim ( )Não
A criança atende quando chamado pelo nome ( )Sim ( )Não ( )Após insistência
Como é a articulação e a pronúncia dela? Há dificuldade de entendimento por parte de estranhos?
Como é o ritmo e a entonação da voz da criança (fala monótona, muito baixa/alta)?
Repete a última palavra ou frase imediatamente ouvida (ecolalia)? ( )Sim ( )Não
Repete frases ouvidas anteriormente? ( )Sim ( )Não
Faz confusão entre eu/tu/ele ( )Sim ( )Não
Inventa palavras ou frases ( )Sim ( )Não
Combina palavras de forma estranha ( )Sim ( )Não
Insiste em fazer os outros dizerem palavras ou frases repetidamente da mesma forma?
( )Sim ( )Não. Exemplos
Como reage quando contrariado?

5 – Desenvolvimento neuromotor
Idade que firmou o pescoço:
Idade que sentou sem apoio:
Engatinhou ( )Não ( )Sim. Idade:
Idade que caminhou sem suporte:
Controle esfincteriano:
Anal: ( )diurno
( )noturno
( )sem controle
Vesical: ( )diurno
( )noturno
( )sem controle
Houve perda do hábito do controle esfincteriano já adquirido? ( )Não ( )Sim. Como foram as circunstâncias da perda do hábito?
<u>Padrão neuromotor:</u>
Caminha na ponta dos pés ( )Sim ( )Não
Balança-se ao andar ( )Sim ( )Não
Apresenta desequilíbrio ( )Sim ( )Não

Apresenta dificuldade para correr e escalar ( )Sim ( )Não
Apresenta problemas de postura ( )Sim ( )Não
Apresenta dificuldade de manipulação de objetos com os dedos ( )Sim ( )Não
Apresenta dificuldade para jogar bola, correr, pular, chutar, pedalar ( )Não ( )Sim. Exemplos:
Autocuidado (considerar idade cronológica):
Toma banho sozinha ( )Sim ( )Não ( )Com dificuldade
Escova os dentes sozinha ( )Sim ( )Não ( )Com dificuldade
Limpa-se sozinha ( )Sim ( )Não ( )Com dificuldade
Ao cuidar da própria higiene se atrapalha com a sequência da tarefa ( )Sim ( )Não
Veste-se ( )Sim ( )Não ( )Com dificuldade
Abotoa suas roupas ( )Sim ( )Não ( )Com dificuldade
Amarra cadarços ( )Sim ( )Não ( )Com dificuldade

6 – Sociabilidade/Afetividade
Em que idade ocorreram os primeiros sorrisos?
Apresentou orientação da cabeça para a face do adulto quando este falava/brincava com ela? ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Sorriso espontâneo a pessoas familiares ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Sorriso espontâneo a pessoas não familiares ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Sorriso em resposta ao sorriso de outras pessoas ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Variação na expressão facial (contentamento, frustração, surpresa, constrangimento) ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Expressão emocional apropriada ao contexto ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Carinhoso(a) ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Compartilha atividades prazerosas com outras pessoas ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Demonstra preocupação se os pais estão tristes ou doentes/machucados ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Atenção Compartilhada:
Mostra, traz para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesse variados apenas para compartilhar ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Faz comentários (verbalmente ou através de gestos) ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Olha para onde o parceiro aponta ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Responde aos convites para brincar ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Respostas/iniciativas sociais com outras crianças
Iniciativa de aproximação ou interesse em outras crianças ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Responde, mas não toma iniciativa ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Fica ansioso(a) com a presença de outras crianças ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Engaja-se somente em brincadeiras estereotipadas ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Prefere brincadeiras com par a grupos ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Fica intensamente ansioso(a) quando na presença de pessoas não familiares ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Ignora ou evita de forma persistente este contato ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Agride de forma persistente ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Excessiva desinibição social para a idade, em relação a pessoas estranhas

( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Variação na resposta conforme o contexto e a pessoa ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Comportamentos de Apego:
Demonstra preocupação quando separada dos pais ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Sorri ou mostra excitação com o retorno dos pais ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Busca ajuda dos pais quando machucada ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Checa a presença dos pais em lugares estranhos ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Adaptação na escolinha/creche
( )sem problemas ( )com problemas. Quais?

7 – Brincadeira
Brinquedos e atividades favoritas: Manipulação/exploração
Manipula vários objetos/brinquedos ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Formas de exploração
Predominantemente típica ( ). Exemplo:
Predominantemente atípica (interesse pelo cheiro ou movimento dos objetos; interesse por partes de objetos e não pelo objeto inteiro; atividade repetitiva – alinhar, girar objetos sem função aparente) ( ). Exemplo:
Brincadeira funcional
Opera consistentemente objetos/brinquedos (aperta/gira botões, teclas, abre/fecha tampas; coloca/retira objetos de um recipiente) ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Brincadeira simbólica
Brinca de faz-de-conta usando miniaturas ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Brinca de faz-de-conta usando um objeto como se fosse outro
( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Brinca de faz-de-conta atribuindo diferentes papéis a si mesmo e aos outros (médico/enfermeira; professora) ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente

8 – Comportamentos repetitivos e rituais:
Alinha, empilha objetos quando brincando sem aparente função no brinquedo
( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Faz brincadeiras com partes de objetos ao invés de um objeto como um todo (ex: ignora o carrinho e gira apenas as rodas por um longo tempo) ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Abre/fecha portas, gavetas; liga/desliga interruptores de luz; intenso interesse por objetos que giram (ex: máquina de lavar, ventilador, veículos em geral). Considerar a idade e persistência.
( )Não ( )Ocasionalmente ( )Sim.
Como reage quando a brincadeira é interrompida?
Brinca simbolicamente, mas de forma estereotipada (insistência num mesmo tópico de forma rígida)
( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Resistência a mudanças na rotina pessoal/da casa ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Sequência fixa e rígida para atividades (ex: vestir-se, arrumar a casa, higiene pessoal)
( )Sim. Como reage quando interrompida? ( )Não ( )Ocasionalmente
Apega-se a objetos pouco comuns para a idade (ex: pedra, plástico) e carrega consigo cotidianamente e se desorganiza quando retirados.
( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente

Movimentos das mãos perto do rosto ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Movimento dos dedos e mãos junto ao corpo ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Balanço do corpo ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Movimento de braços (*flapping*) ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
MEDOS (Relacionar medos discrepantes com a etapa evolutiva – frequência, intensidade, grau de interferência em outras atividades da família, facilidade com que é acalmado/distraído).
Interesse pelas propriedades sensoriais dos objetos (cheiro/textura)
Apresenta hipersensibilidade a barulhos comuns (anotar reações como cobrir as orelhas, afastar-se, chorar)
( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente

9 - Problemas de comportamento:
Já manifestou masturbação em publico ou tentativas de tocar em partes intimas dos outros de forma persistente ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Demonstra hiperatividade ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente
Roe unhas ( )Sim ( )Não ( )Ocasionalmente