

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA- INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

VITÓRIA JÉSSICA PAINES VIEGAS

**TELEATENDIMENTO A PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO DO AUTISMO: UMA PROPOSTA DE ESPERA ASSISTIDA**

PORTO ALEGRE

2023

VITÓRIA JÉSSICA PAINES VIEGAS

**TELEATENDIMENTO A PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO DO AUTISMO: UMA PROPOSTA DE ESPERA ASSISTIDA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Ramos de Souza

PORTO ALEGRE

2023

VITÓRIA JÉSSICA PAINES VIEGAS

**TELEATENDIMENTO A PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO DO AUTISMO: UMA PROPOSTA DE ESPERA ASSISTIDA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 05 de abril de 2023.

Dra. Ana Paula Ramos de Souza
Coordenadora da COMGRAD Fonoaudiologia
Banca Examinadora

Dra. Ana Paula Ramos de Souza
Professora associada do departamento de Pós-graduação em Saúde da
Comunicação Humana UFRGS

Dra. Ana Paula Rigatti Scherer
Professora adjunta do departamento de ... da Faculdade de Odontologia
da UFRGS

Dra. Márcia Athayde
Fonoaudióloga Técnica em Assuntos Educacionais da Faculdade de Odontologia da
UFRGS

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a professora Dra. Ana Paula de Ramos Souza pela confiança, apoio, compreensão, supervisões e acolhimento. Sua dedicação e amor pelos pacientes e alunos me inspira como futura fonoaudióloga. Com certeza meu maior presente de 2022 foi tê-la conhecido.

Aos colegas do estágio alternativo de linguagem: Luciane Costa, Raiana Rodrigues e Karoline da Rosa pelo companheirismo e aprendizado compartilhado.

Aos amigos e familiares pelo encorajamento e incentivo durante esta trajetória acadêmica.

Aos professores e fonoaudiólogos do curso de fonoaudiologia da UFRGS por todos os aprendizados compartilhados. Em especial a Dra. Márcia Athayde que tive a honra de acompanhar desde os estágios de observação no ano de 2019 até ser sua extensionista em 2022. E a Dra. Ana Paula Scherer que me entrevistou na transferência interna para entrar no curso em 2018 e pude ser sua extensionista em 2022.

Ao meu avô Paulo Paines que infelizmente não poderá me acompanhar fisicamente, mas em espírito neste momento da minha vida. Sempre foi e sempre será a minha maior referência de integridade, honestidade e lealdade.

Ao meu filho Pedro Paines Gonzaga responsável principal pela escolha de profissão. Foi o meu amor por ele que emergiu o desejo de aprender como ajudá-lo a desenvolver sua melhor versão. Em seguida, veio a vontade de auxiliar outras famílias com crianças com TEA através do conhecimento aprendido na faculdade.

À família paterna do meu filho: Thiago Gonzaga, Solange de Quadros e Silvio Gonzaga pela compreensão, encorajamento, incentivo e as várias vezes que estiveram com meu filho quando precisava estudar.

Sem vocês não teria conseguido concluir a formação.

RESUMO

OBJETIVO: analisar os efeitos do teleatendimento parental como proposta de espera assistida. E analisar os efeitos na evolução dos pais na interação com os filhos. Assim como analisar o desenvolvimentos dos filhos de 2 aos 3 anos. **MÉTODO:** estudo de casos com três crianças da clínica-escola de atendimento fonoaudiológico da UFRGS, com queixa de atraso na aquisição da linguagem. Na avaliação inicial com a Escala Labirinto evidenciaram transtorno do espectro autista (TEA). Realizou-se os perfis das crianças e de seus pais, a partir dos níveis de desenvolvimento funcional emocional do DIR-Floortime. Foram avaliadas a evolução do brincar e da comunicação, além do desenvolvimento infantil antes e depois da intervenção. Ocorreram oito sessões de intervenção, *sete on line e uma presencial. A terapeuta escutava as demandas dos pais acerca do cuidado com os filhos. A partir dos princípios do DIR-Floortime e da clínica fonoaudiológica de linguagem em perspectiva enunciativa aconteceram orientações de como fornecer suporte adequado para a evolução das crianças. Analisando o brincar, as interações sociais, o domínio do corpo, a diminuição de comportamentos restritos e, sobretudo, na comunicação e na linguagem. Resultados:* evidenciam progressos tanto no perfil dos pais quanto das crianças, a partir da análise dos níveis de desenvolvimento funcional. As crianças evoluíram no brincar e na linguagem compreensiva. **CONCLUSÃO:** a abordagem foi efetiva como forma de espera assistida e para aquelas que não possam frequentar atendimento presenciais.

Palavras chaves: transtorno do espectro autista, terapia, infância, linguagem, telessaúde, desenvolvimento.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to analyze the effects of parental telecare as a proposal for assisted waiting. And analyze the effects on the evolution of parents in interaction with their children. As well as analyzing the development of children from 2 to 3 years old. **METHOD:** case study with three children from the UFRGS speech therapy clinic-school, with complaints of delay in language acquisition. In the initial assessment with the Labyrinth Scale, they showed autism spectrum disorder (ASD). The profiles of the children and their parents were created, based on the functional emotional development levels of the DIR-Floortime. The evolution of playing and communication were evaluated, in addition to child development before and after the intervention. There were eight intervention sessions, seven online and one in person. The therapist listened to the parents' demands regarding child care. Based on the principles of the DIR-Floortime and the speech language therapy clinic in an enunciative perspective, guidelines were given on how to provide adequate support for the children's evolution. Analyzing play, social interactions, body control, the reduction of restricted behaviors and, above all, communication and language. **RESULTS:** they show progress both in the profile of the parents and the children, based on the analysis of the levels of

functional development. Children evolved in playing and understanding language. **CONCLUSION:** the approach was effective as a form of assisted waiting and for those who cannot attend face-to-face care.

Keywords: autism spectrum disorder, therapy, childhood, language, telehealth, development.

RESUMEN

OBJETIVO: analizar los efectos del telecuidado parental como propuesta de espera asistida. Y analizar los efectos sobre la evolución de los padres en la interacción con sus hijos. Así como analizar el desarrollo de los niños de 2 a 3 años. **MÉTODO:** estudio de caso con tres niños de la clínica-escuela de fonoaudiología de la UFRGS, con quejas de retraso en la adquisición del lenguaje. En la valoración inicial con la Escala del Laberinto presentaron trastorno del espectro autista (TEA). Se crearon los perfiles de los niños y sus padres, con base en los niveles de desarrollo emocional funcional del DIR-Floortime. Se evaluó la evolución del juego y la comunicación, además del desarrollo infantil antes y después de la intervención. Hubo ocho sesiones de intervención, siete online y una presencial. El terapeuta escuchó las demandas de los padres con respecto al cuidado de los niños. Con base en los principios del DIR-Floortime y la clínica de fonoaudiología en una perspectiva enunciativa, se dieron pautas sobre cómo brindar un apoyo adecuado para la evolución de los niños. Analizando el juego, las interacciones sociales, el control corporal, la reducción de conductas restringidas y, sobre todo, la comunicación y el lenguaje. **RESULTADOS:** muestran avances tanto en el perfil de los padres como de los hijos, a partir del análisis de los niveles de desarrollo funcional. Los niños evolucionaron en el juego y la comprensión del lenguaje. **CONCLUSIÓN:** el abordaje fue efectivo como forma de espera asistida y para aquellos que no pueden asistir a la atención presencial..

Palabras clave: trastorno del espectro autista, terapia, infancia, lenguaje, telesalud, desarrollo.

Sumário

Introdução.....	8
Método.....	11
Resultados.....	16
Discussão.....	25
Conclusão.....	25
Referências	26
Apêndice I.....	Error! Bookmark not defined. 0
Apêndice II.....	32
Anexo	33

Introdução

Ao tratar-se de narrativas de pais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA), Lima et al.¹ analisaram o protagonismo e barreiras ao cuidado de seus filhos. Perceberam que vários familiares estão participando ativamente na luta pelos direitos dos filhos, mas apontam a necessidade de ampliação ao cuidado psicossocial dos filhos, queixando-se de dificuldades relacionadas ao acesso, envolvendo transporte, os horários de funcionamento dos serviços, a frequência dos atendimentos, a falta de manutenção e a precariedade do espaço físico. Essa realidade observada nos Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) não é distinta das que encontramos em clínicas-escola de Fonoaudiologia, em que essas crianças estão em longas filas de espera e, quando chamadas, possuem, muitas vezes, as mesmas dificuldades de acesso ao serviço e baixa intensidade nos atendimentos.

A intensidade nos tratamentos é considerada importante nos casos de TEA, considerando as características que compõem os critérios diagnósticos dessas crianças, conforme descrito no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais, conhecido popularmente pela sigla DSM-V², que são: A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. Exemplos: 1. Déficits na reciprocidade socioemocional, como a dificuldade para iniciar, responder ou manter interações sociais ou/e conversas; 2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, como contato visual baixo ou ausente e dificuldade na compreensão e uso de gestos; 3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, como a dificuldade em compartilhar brincadeiras simbólicas de simples à complexas e o parcial ou ausente interesse por crianças da sua faixa etária. B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Além disso, a hiper ou hiporreatividade são sintomas também considerados para estabelecer o diagnóstico e também os níveis de gravidade que pode ir de pouco suporte (nível 1) a muito suporte (nível 3)².

O diagnóstico, em geral, é dado pelo médico a partir de exame físico e exames complementares tais como audiometria, genéticos, neurológicos de imagem, entre outros³. O Decreto ° 55.995/2021 institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - Ciptea - no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Pela lei, o diagnóstico deve ser laudado por um médico através da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) com a sigla F.84.0. Assim, as famílias asseguram o direito ao pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social. A fundação de apoio ao deficiente do Rio Grande do Sul⁴ constatou 4.358 solicitações de 18 de junho de 2021 a fevereiro de 2022. Destes 80,12% das pessoas que solicitaram a Ciptea são do sexo masculino; 51,06% não possuem plano privado; 31,30% possuem renda per capita de meio a um salário-mínimo; 94,50% estão em atendimento clínico especializado. Outro dado importante encontrado é que a grande maioria foi diagnosticada entre 2 e 3 anos de idade, o que estabelece a prevalência de diagnóstico precoce⁵.

Há, no entanto, uma série de crianças⁹ que estão em filas de espera de clínicas-escola com queixa de atraso na aquisição da linguagem e que podem estar sem diagnóstico e sem tratamento porque as que chegam à fundação de assistência aos deficientes do Rio Grande do Sul (FADERS) já acessaram o sistema de saúde. Esta foi a situação das três crianças cujos dados são apresentados nesta pesquisa, que estavam aguardando atendimento fonoaudiológico sem diagnóstico adequado. Há de

se pensar também que o risco de evolução para um quadro de TEA já pode ser detectado no primeiro ano de vida⁷ o que coloca em questão o quanto o adjetivo precoce pode ser utilizado junto a um diagnóstico realizado aos 3 anos. Há que se considerar que entre dois e três anos pode-se realizar o diagnóstico porque o transtorno está manifesto fenotipicamente, mas já há predisposições genéticas que se dão antes dessa idade e que podem ser verificadas por pediatras atentos. Isso permite intervenções oportunas⁸.

Uma vez feitos os diagnósticos, sabe-se que as consequências sociais dessas dificuldades podem criar uma série de dificuldades no cuidado familiar, pois as crianças apresentam dificuldades com mudança de rotina, a seletividade alimentar, a reação contrária a sons e a ausência de respostas à interação⁸. Por isso, há uma série de modelos de intervenção previstos para essa fase entre dois e três anos. Nesta pesquisa a proposta de intervenção escolhida foi o DIR-Floortime^{9,10}, por ser adequado à condição de intervenção junto a pais e também às possibilidades não intensivas de atendimento presencial presentes como condições em clínica-escolas que, no máximo, possuem dois atendimentos semanais.

O DIR- Floortime considera a relação familiar o fator primordial para o desenvolvimento da criança com TEA. Por meio da consideração dos níveis funcionais de desenvolvimento emocional (D), do perfil individual de cada criança e sua família (I) e do relacionamento dela com seus familiares e demais pessoas de seu convívio (R), considerando um tempo para brincar e interagir como algo fundamental na construção da interação e comunicação social (floortime), essa abordagem busca desenvolver habilidades funcionais, aquisição de competências afetivo-emocionais, integração de crianças na interação social, desenvolvimento de habilidades sensoriais, planejamento psicomotor, desenvolvimento simbólico, dentro do qual se localiza a aquisição da linguagem a partir do trabalho com os pais em sessão com a terapeuta e/ou por meio da visualização de vídeos familiares e orientações.

Essa abordagem é compatível com as visões de linguagem que priorizem a circulação pulsional e intersubjetividade como a visão enunciativa¹¹, em que se articula a sustentação de um lugar de enunciação para a criança com distúrbio de linguagem ao mesmo tempo em que se oferecem solicitações que sustentem a apropriação da linguagem. Por isso, este estudo contou com a metodologia de intervenção DIR-Floortime^{12,13} combinada a Princípios Enunciativos^{11,14} da clínica fonoaudiológica de linguagem devido à importância dada à relação da criança com TEA e seus cuidadores.

Entre os princípios enunciativos, propostos por Souza¹¹, estão a sustentação de um lugar de enunciação para a criança por meio da alimentação da suposição de sujeito e/ou suposição de falante da língua pelos pais a partir de estratégias que permitam o engajamento e a manifestação comunicacional da criança em atividades lúdicas de seu interesse. Busca-se fortalecer as relações de conjunção e/ou disjunção na díade criança-adulto familiar de referência. Também se busca facilitar as relações de forma e sentido de modo transversal aos níveis linguísticos por meio de solicitações que atendem princípios de processamento lexical, morfossintático, fonológico e práxico. Neste sentido, pode-se lançar mão de estratégias prosódicas para enfatizar aspectos da forma e sentido na linguagem associadas ao destaque do contínuo de fala. A regra do DIR-Floortime para solicitações de linguagem é estar no máximo um passo à frente da expressão da criança e será utilizada também para respeitar suas possibilidades processuais da língua, ou seja, se produz uma palavra, utilizam-se enunciados de no máximo duas e sempre com ostensivo suporte gestual.

Em relação ao DIR-Floortime existem os princípios para desenvolvimento dos

níveis funcionais baseados na liderança da criança, no relacionamento dela com os familiares e no delineamento do perfil individual da criança e familiares. Assim, por meio de atividades lúdicas, nesta faixa etária, intenciona-se desenvolver os cinco primeiros níveis de desenvolvimento emocional: atenção compartilhada e auto regulação, engajamento, comunicação bidirecional e solução complexa de problemas e senso de si próprio, construindo as bases para a transição do período sensório-motor para o simbolismo e linguagem, que é nível que evidencia um funcionamento de linguagem adequado à construção da capacidade de referir na língua (segundo mecanismo enunciativo) e também de iniciar o processo de instalação do sujeito no discurso (terceiro mecanismo enunciativo).^{11,15}

A metodologia DIR-Floortime trabalha com a análise de nove níveis de desenvolvimento emocional e funcional da criança. Para este estudo, os primeiros cinco níveis são pertinentes e serão abordados. Apareceram concomitantemente a sugestões das idades esperadas de manifestação e consolidação nas crianças típicas, conforme segue:

Nível 1: Regulação e Atenção conjunta (0-3 meses)- estabelecimento de contato visual, sorrisos e vocalizações, evidencia-se o interesse pela interação social, assim como a habilidade de manter-se calma, alerta e atenta, regula seu corpo e os estímulos sensoriais-emocionais múltiplos

Nível 2: Engajamento Mútuo (2-5 meses)- desenvolve-se o interesse e a confiança no outro, tornando-a capaz de superar problemas emocionais com apoio do outro.

Nível 3: Comunicação Intencional de 2 vias (4-10 meses)- percebe-se respostas a gestos/fala e demonstra emoções como a alegria e a raiva que permite engajamento na comunicação com o outro.

Nível 4: Solução Complexa de Problema e Senso próprio de si (10-18 meses)- é capaz de solucionar problemas motores e adquire um domínio maior do seu corpo, representando as ações e podendo antecipá-las no processo de interação.

Nível 5: Pensamento simbólico, linguagem e emoções (18-30 meses) mostra-se capaz de compreender a intenção do outro, além de responder por meio da linguagem, usando gestos, verbalizando ou apenas movimentando-se para comunicar suas ideias e desejos.

Segundo Souza¹¹, as crianças com TEA apresentam obstáculos importantes nos primeiros quatro níveis, sobretudo corporais, que impedem o desenvolvimento adequado e robusto do engajamento, atenção compartilhada e comunicação bidirecional. Por isso, embora possam produzir fala, nem sempre conseguem endereçar suas produções ao outro e se engajar em um diálogo trivial. Isso evidencia a importância de combinar essa abordagem à visão enunciativa de linguagem, pois ela permite analisar os obstáculos para os três primeiros níveis e promover a sincronia familiar-criança. Se a sincronia se estabelece, ela pode alimentar a suposição de sujeito e de falante, fornecendo compensações para que a criança possa dominar os espaços corporais e criar condições cognitivas para chegar à representação da ação e à linguagem.

A pandemia do COVID-19 colocou em evidência a estratégia de teleatendimento, não só em geral para fonoaudiólogos já formados, como aspecto a ser trabalhado na formação de futuros fonoaudiólogos. Fernandes et al.¹⁶ ressaltam a potencialidade da telessaúde na terapia fonoaudiológica realizada nas clínicas-escola. Alguns estudos já ocorreram especificamente nos casos de TEA^{17,18} demonstrando que, apesar das limitações em algumas evoluções, é possível que os pais consigam progressos nas interações com seus filhos a partir de uma abordagem que considere os vídeos familiares e orientações que conceituem o perfil das crianças e dos pais em

conjunto. Sun et al.¹⁸ afirmam ainda que a intervenção junto aos pais pode incluir aprendizagem observacional, oficinas didáticas, *coaching* passivo e ativo e que é preciso pesquisar mais no tema, o que esta pesquisa busca fazer.

Barbosa e Fernandes¹⁷ acompanharam a eficácia do teleatendimento de crianças com TEA na clínica fonoaudiológica por meio da mediação parental por seis semanas, os resultados sugerem que a participação dos pais durante o processo de intervenção aliada à estimulação diária que ocorre no ambiente domiciliar aumentou a interatividade e sociabilidade dos participantes. Entretanto, 60% das famílias relataram dificuldade para cumprir as tarefas. Dentre as principais queixas foram: atividades difíceis, carência de atividades relacionadas aos interesses da criança e problemas comportamentais das crianças no momento de execução das tarefas (choros, falta de atenção e ansiedade).

Considerando os resultados positivos de telessaúde e a impossibilidade de acesso a atendimentos presenciais por parte de algumas crianças, este estudo de casos analisa os efeitos do processo de terapia parental *on line* na evolução do perfil dos pais na interação com seus filhos. E no desenvolvimento dos filhos de dois a três anos, como processo de espera assistida a partir da abordagem DIR-Floortime e os Princípios Enunciativos da clínica de linguagem.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de estudo de casos. A amostra por conveniência foi obtida na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da UFRGS, constando três crianças com Transtorno do Espectro Autista e os seus pais. Dois irmãos gêmeos identificados como M. e D. de três anos e seus pais (M; P); uma menina A. de três anos e seus pais (Ma, Pa).

Esta pesquisa se insere no projeto “A relação entre atraso na aquisição da linguagem e histórico de sofrimento psíquico em crianças na faixa etária de 2 e 4 anos”, aprovado no CEP da instituição de ensino superior com parecer de protocolo 5.057.051. O processo previa a coleta em diferentes espaços acadêmicos e, quando necessário, orientações aos pais. Os pais leram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice I) e, após compreensão dos objetivos, vantagens e riscos da pesquisa, assinaram esse termo. Também receberam o termo de confidencialidade do pesquisador (apêndice II). A seguir iniciaram-se as avaliações e processo de orientação familiar. Houve, portanto, atendimento às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, no que determina o Conselho Nacional de Saúde em sua resolução 466/12 e 510/16.

Procedimentos e Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos utilizados na avaliação foram o Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI) e a Escala Labirinto, a seguir descritos. Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI)

O instrumento IDADI foi elaborado e validado por Silva, Mendonça e Bandeira²⁰ para a população brasileira. Ele consiste em uma avaliação abrangente do desenvolvimento infantil envolvendo sete domínios: cognitivo, socioemocional, comunicação e linguagem receptiva e expressiva, motricidade ampla e fina, e comportamento adaptativo. Ele foi validado para a população brasileira. O instrumento permite coletar informações retrospectivas do desenvolvimento infantil por meio dos relatos parentais trazendo uma relação vantajosa de tempo e eficiência, custo-efetividade para a avaliação dos aspectos relacionais e comunicativos do desenvolvimento infantil. O inventário inclui itens que descrevem comportamentos e habilidades esperadas para cada faixa etária e que podem ser respondidos pelos pais,

tanto no formato autoadministrado, quanto pelo questionamento do examinador. Esta avaliação foi aplicada antes das intervenções no formato *on line*.

Escala Labirinto

A avaliação por meio da escala labirinto consta de uma anamnese estruturada (anexo) e da filmagem de atividades lúdicas previstas a partir da oferta de brinquedos de modo a avaliar os sintomas centrais do autismo e comorbidades, conforme descrito em Pondé et al²¹. A orientadora realizou a formação na escala e a aplicou nos três sujeitos da pesquisa na avaliação inicial. O tempo médio de aplicação é de 30 minutos e consiste em um brincar livre com brinquedos que permitem avaliar o planejamento e execução motoras, o simbolismo, as interações intersubjetivas com aspectos como a atenção compartilhada e aproximação do outro, a comunicação verbal e não verbal, bem como a presença de comportamentos rígidos, repetitivos e estereotipados. Também permite identificar aspectos relativos à modulação sensorial, inteligência entre outros aspectos do desenvolvimento. Após a aplicação da escala, era submetida à equipe labirinto para que a psiquiatra da equipe pudesse conferir a cotação e emitir um parecer diagnóstico, o qual confirmou o TEA nos três casos.

Essa filmagem da Escala Labirinto permitiu ainda que se pudessem verificar aspectos relativos a itens dos *check lists* do DIR-Floortime descritos nos próximos itens.

Check lists do DIR-Floortime

O *Check list* de avaliação do desenvolvimento emocional funcional da criança no DIR-Floortime^{12,13} abrange uma gradação de progressão em cada nível a partir da observação do comportamento infantil.

Para a avaliação inicial dos perfis das crianças foram utilizados a filmagem da Escala Labirinto e observações das terapeutas. E a reavaliação deu-se pelos vídeos enviados *on line* pelas famílias e nas sessões presenciais. O objetivo era analisar a evolução das crianças. Na descrição dos resultados são colocadas os perfis iniciais e finais dos sujeitos.

As capacidades funcionais avaliadas foram:

I- Auto-regulação e atenção

II- Engajamento e relacionamento

III- Uso do afeto e comunicação bidirecional

IV- Organização do comportamento e regulação de problemas

V- Criação e elaboração com símbolos.

Em cada um desses níveis foram avaliadas as seguintes gradações: 1. Não alcançou; 2. Praticamente não alcançou, pois mesmo com suporte é muito intermitente; 3. Com suporte persistente e/ou previsível tem pontos (ILHAS) dessa capacidade (40% presente); 4. Com estrutura e suporte, dando alto afeto (high affect) (60% presente); 5. Nível não esperado para a idade, imaturo - fragmentado, pode ser cíclico, mas volta para mais (70% presente); 6. Nível apropriado para idade, mas vulnerável ao estresse e /ou com gama de afetos restrita (80% presente); 7. Nível apropriado para idade com gama completa de estados afetivos (90-100% presente).

Check list de avaliação do desenvolvimento emocional funcional dos pais DIR-Floortime, busca identificar a capacidade e postura parental na relação com o filho. Prevê cinco aspectos:

1. Capacidade de dar conforto e acalmar, mantendo-se regulado e auxiliando o filho a se regular quando se desregula;

2. Achar o nível apropriado de estímulo ou solicitação que o filho precisa em seu nível de desenvolvimento;

3. Envolver o filho de forma prazerosa;

4. Ler sinais emocionais do filho;
5. Tende a incentivar o filho diante de desafios.

Em cada nível, analisou-se se a capacidade dos pais estava ausente, no início, havia ilhas de comportamento, era moderada, estava tornando-se consistente, era eficaz exceto diante do estresse ou muito eficaz. Os níveis foram assinalados antes e depois da intervenção.

Trata-se, portanto, de uma avaliação observacional qualitativa, aplicada durante as interações com as crianças e familiares. A avaliação inicial ocorreu pela conversa inicial com os pais. E a reavaliação pelas conversas nos encontros on lines, e também através dos vídeos familiares de brincadeiras e situações de rotina com os filhos que serviram para verificar o processo que ocorreu em casa.

Procedimentos de intervenção

Foram ao total dez atendimentos. Dois dias de anamnese e avaliações iniciais presenciais. Quatro encontros de intervenções online. Seguido de um encontro presencial e mais três encontros de intervenção online. Por fim, uma reavaliação presencial. As intervenções *online* ocorreram por um encontro semanal de aproximadamente uma hora via *google meet*, cujos links foram enviados por *whats up* para os pais.

Antes dos encontros semanais, os pais foram orientados a gravar vídeos familiares de interação livre e/ou mediante algumas orientações e solicitações feitas pela terapeuta. Foram solicitados, no mínimo, dois vídeos semanais com duração máxima de dez minutos cada, em que esses momentos de interação da criança com o pai e/ou mãe poderiam ser visualizados pela terapeuta e orientadora deste trabalho pelo *whats up*.

Após a visualização dos vídeos enviados pelas famílias, eram analisadas as condições do brincar, da comunicação verbal e não verbal, bem como os níveis de funcionamento emocional. A partir dessa análise se estabeleciam objetivos de orientação e até materiais com fotos de brinquedos, por exemplo, para orientar os pais na reunião semanal pelo *google meet*. A estrutura das sessões *on line* em geral abarcava uma escuta dos pais a respeito da semana anterior, a partir da qual, por vezes, a terapeuta respondia a questões e demandas de orientação dos pais. A seguir, foram tecidos comentários sobre os vídeos visualizados, sempre elogiando os aspectos positivos e incentivando os pais a melhorar os aspectos que necessitavam de maior suporte nas interações. Nesses momentos, sugestões de ações, brinquedos, modo de solicitar e sustentar a linguagem eram dados, sobretudo em relação à complexidade da fala dirigida às crianças e quanto ao tipo de léxico mais presente na zona proximal de aquisição.

As orientações sobre o brincar levaram em consideração as etapas previstas na metodologia Jasper²², para as quais se consideram o brincar exploratório indiscriminado, discriminado e separação de itens combinados; o brincar combinado, o brincar pré-simbólico que abrange um uso funcional de acordo com experiência e a sequência em que ações de esquema único são estendidos a distintas figuras; e o brincar simbólico em si que abrange o faz de conta com substituição do objeto, com objeto no vazio, bonecas que ganham vida, brincadeira sociodramática e desempenho de papéis na fantasia.

Os princípios do DIR- Floortime abrangem aspectos como: seguir os interesses emocionais naturais da criança; criar estados de prazer elevado em interações lúdicas, o que se alinha com a clínica do pulsional de Couvert²⁰, e adaptar as interações ao perfil motor e processamento sensorial exclusivo da criança. Algumas das estratégias utilizadas estão descritas no quadro 1.

Nível	Descrição do nível	Modo de trabalhar	Exemplos de atividades
1.Regulação Atenção conjunta ou global	A criança deve estar calma e focada conseguindo filtrar distratores internos e externos. Estará mais disponível para interação e exploração do mundo.	Seguir o interesse da criança e engajar-se no que ela está intencionando fazer de modo que ela possa olhar e prestar atenção no interlocutor. Tem de ser muito prazeroso. Alguns dos cuidados são chamar pelo nome, ficar ao nível da criança, trazer objetos perto do rosto. Usar expressões faciais e marcar quando ela olhar (que bom que me olhou)	Cantar músicas deixando espaço para a criança após algumas repetições - ver músicas que ela goste. Boliches Bolhas de sabão Livros infantis, Fantoches Jogos de interesse com causa e consequência Brincadeiras sensoriais e motoras com troca- vai e vem jogar bola, arremessar, jogo de balão. Esconde-esconde com seu corpo e com objetos Uso de espelho Uso de texturas e água Pintura Jogos corporais como Pega-pega, cama elástica, etc. Batata quente Atividades que permitam o brincar exploratório e combinatório são comuns nestes níveis.
2.Engajamento Mútuo	Pode engajar com cuidadores de confiança, demonstrando uma relação sólida e partilhar atenção durante experiência significativa	A partir da atenção conjunta e o engajamento na brincadeira que a criança cria e expande, o terapeuta adiciona camadas no brincar conjunto.	
3.Comunicação intencional e dupla via	A criança pode engajar com cuidador em comunicação de dupla via usando gestos, vocalizações ou outras formas de comunicação não verbal e verbal	Oferecer momentos de silêncio. Criar demandas comunicativas e incentivar gestos para pedir ou indicar. Falar sobre o que está acontecendo no cotidiano de modo simples, pouco complexo e sintonizado à brincadeira ou rotina. Marcar turnos em todas as atividades alternando entre a criança e você	
4.Solução complexa de problemas – senso próprio si	A criança tem ideias próprias e o cuidador as apoia, os círculos de comunicação estão mais robustos. Sentido de self se fortalece	A partir da emergência de problemas que surgem durante a brincadeira eles podem ser ampliados e mais complexos. O cuidador pode sustentar essa solução fazendo a criança pensar e dando suportes quando necessário. Jamais fazendo pela criança sem que ela preste atenção. Trabalhar com temporalidade dos fatos e ações.	As atividades podem ser jogos, brincadeiras que envolvam a montagem, por exemplo, de uma barraca, de blocos etc. onde emergem problemas a resolver. Serão naturais em quebra-cabeça, memória desenho, vareta, montar uma torre, lego, etc.
5.Pensamento simbólico linguagem emoções	A criança começa a imitar ações funcionais do dia a dia e depois passa a níveis mais elaborados de ideias originais e dramatizações	O interlocutor deve sintonizar no ritmo da criança para que possa expandir a brincadeira no tema. Há uma série de consignas e cuidados para a sustentação enunciativa com complexidade crescente.	Brincadeiras temáticas como fazer comida, transportes, animais são muito frequentes neste nível que já abrange o brincar pré-simbólico em transição para o simbólico.

Quadro 1- Níveis do DIR-Floortime e sugestões de estratégias e recursos.

Os princípios enunciativos¹¹ foram sustentação de um lugar de enunciação e a apropriação de formas e sentidos.

1) Sustentação de um lugar de enunciação ao sujeito com TEA

Como essas crianças não falam é comum que as pessoas pensem que por meio da imitação irão fazê-las falar, mas o que fica como questão é pensar em como vão se comunicar, a partir do que eles querem dizer. Assim, seguindo o DIR Floortime não pensaremos em ensinar a repetir palavras, mas a manifestarem-se progressivamente via níveis 1, 2, 3 do DIR. Se eles possuem a comunicação de dupla via, irão desenvolver a habilidade de conversar, primeiro não verbalmente e, depois, verbalmente como todas as crianças fazem. Assim, as rotinas sensoriais que ocorrerão nos níveis iniciais (1 e 2 sobretudo) farão as bases para a comunicação intencional do nível 3. Aí começarão a emergir habilidades simbólicas no nível 4, o que talvez leve grande tempo para ser construído, e tenha um papel fundamental do fonoaudiólogo em termos de acesso à comunicação verbal.

De qualquer modo, o primeiro passo é sustentar um lugar para o sujeito se manifestar a partir de:

-Seguir a liderança da criança– ao deixarmos que escolha a atividade e nos sintonizarmos a ela daremos um lugar enunciativo.

-Validar seus sentimentos e todas as manifestações não verbais como forma de participação na linguagem (gestos, olhar, vocalizações) de modo sintonizar a fala do ou comentário do terapeuta ao que ela está sentindo, vendo, observando e não tentar impor o que se deseja ensinar mas que o sujeito talvez não queira aprender.

As brincadeiras sensório-motoras podem ser um início potente na criação desse espaço de enunciação em que haja atenção conjunta, engajamento e via de mão dupla.

2) Apropriação de forma e sentido: construção do conhecimento da língua por meio de uma integração com as manifestações não verbais.

Nesta construção as manifestações não verbais como gestos, emblemas, gestos preenchedores e jargões podem se mesclar com a produção das primeiras palavras. É importante, no entanto, levar em conta alguns princípios:

a) A compreensão vem antes da produção. Por isso, se o sujeito não compreende o que você fala, ele não tem como conversar com você;

b) As manifestações não verbais devem estar na ordem de via dupla de comunicação para que se possa pensar em desenvolver a expressão verbal via diálogo.

c) A possibilidade expressiva de falar vai ocorrer em meio ao diálogo e este deve ser sintonizado à atenção da criança, expandindo o que ela manifesta de modo muito sincronizado ao que é seu foco e respeitando algumas regras lexicais, sintáticas e fonológicas de modo transversal, ou seja, não vamos solicitar um nível específico, pois todos os níveis ocorrem em conjunto no diálogo mesmo que a criança só expresse palavras. O que vamos cuidar é para não falar demais e sempre oferecer a “fala” abrindo um nível proximal ao que ela está podendo atualmente, ou seja, expandindo sua fala para algo que é próximo em termos de aquisição da linguagem. Assim, se fala uma palavra, podemos dizer uma que acrescente algo a essa palavra, respeitando estratégias lexicais, fonológicas, sintáticas e morfológicas. Por isso, a pura repetição sem sentido, sem conexão comunicativa não é efetiva para ensinar a criança a se expressar verbalmente em um diálogo. Ela no máximo treina para repetir uma fala que ela pode até não compreender.

A manutenção do diálogo permite que a criança construa, em seu exercício, o conhecimento da língua, aprimorando seus níveis, porque deseja se fazer entender pelo seu alocutário.

No quadro 2, resumem-se princípios e estratégias para a apropriação das relações de forma e sentido. para a apropriação das relações de forma e sentido.

Nível trabalhado	Princípios	Estratégias
Lexical	Considerar protótipo com o qual a criança mapeou o item lexical e expandir para outros exemplares. Considerar estratégias de exclusividade mútua e pistas visuais e gestuais.	Apresentar substantivos em situações lúdicas favorecendo a compreensão e a produção. Variar os objetos e contextos de apresentação. Associar o nome à funcionalidade do objeto com pantomimas (olha a vaca - mú)
Fonologia	Considerar o que a criança produz espontaneamente e o que ela DESEJA produzir para tentar sustentar a produção.	Repetir o dizer da criança para aprimorar sua produção Incentivar a observação do rosto e boca do

	Tentar expandir a produção considerando etapas de aquisição fonológica	terapeuta para analisar articulação Usar estratégias prosódicas como a música Usar estratégias como multigesto e <i>prompt</i> .
Sintaxe (morfologia e signos vazios)	A produção de verbos é fundamental para que a oração emerja. A compreensão de frases é anterior à produção. A morfologia e pronomes pessoais se desenvolvem a partir da oração.	Favorecer a produção dos complementos nominais ou verbais de modo a solicitar a sintaxe vertical entre adulto e criança. Em termos morfológicos devemos confrontar o dito pela criança com a produção correta do adulto. Os pronomes pessoais devem ser exercitados no diálogo, com exemplos naturalísticos. Alguns jogos podem facilitar a generalização do conhecimento sintático.

Quadro 2 – Estratégias para facilitar as relações de forma e sentido (SOUZA, 2022)

Tendo em mente tais referenciais, eles foram traduzidos do modo mais objetivo possível na conversa com os pais sobre as cenas enviadas por eles. Na sessão presencial, buscou-se demonstrar algumas situações no brincar de modo a dar um modelo aos pais, sobretudo em relação a aspectos que se viu serem mais difíceis de abordar na sessão *on line* ou mesmo para os quais apresentavam maior dificuldade de modificar seu comportamento.

A partir das gravações das sessões e de um diário de campo registrado pela pesquisadora, foram feitas as análises apresentadas na seção resultados.

Resultados

Os resultados estão dispostos em seções, em que são apresentados o histórico das crianças e dados das avaliações iniciais, intervenção e perfil evolutivo das crianças e dos pais a partir do DIR-floor time.

Histórico

M. e D. são dois meninos gêmeos, univitelinos, que nasceram em primeiro de novembro de 2019 e foram avaliados em junho de 2022, quando estavam com 2 anos e 8 meses. Após avaliação presencial dos meninos em projeto de extensão e para esta pesquisa, o pai perdeu seu emprego e os atendimentos presenciais ficaram inviabilizados, o que sugeriu sua inserção nesta pesquisa.

Em relação à gravidez a mãe dos meninos relatou não planejamento e rejeição, desconfia que a causa seja seu diagnóstico de depressão. Culpabiliza-se pelos atrasos na linguagem das crianças devido a esta intercorrência.

Os gêmeos nasceram em 34 semanas de parto cesariano. O D. 2.540kg, 45 cm de perímetro cefálico, e apgar 6 no primeiro minuto e 8 no quinto. M. com apgar 5 e por último 8. Não foi informado peso e perímetro cefálico de M. Ambos ficaram internados na UTI por 20 dias, apenas M. precisou ser reanimado.

Devido a imaturidade pulmonar não sugaram o seio materno ao nascer. Seguiram utilizando fórmula infantil como substituto à amamentação. Não apresentaram intercorrências na introdução alimentar iniciada aos seis meses.

Os dois meninos dormiam bem em seu quarto e usavam fralda. Em relação à alimentação não comiam legumes e verduras.

Sobre os aspectos sensoriais, M. e D. rodavam em torno do eixo. O menino M. gostava de girar rodas de carrinhos, picar folhas em pedacinhos pequenos e fazia “flapping”. E o menino D. apresentava crises de choro e gritos sem razão aparente ou quando contrariado.

A principal queixa em relação a D. era atraso na aquisição da linguagem e comportamentos inadequados. E a de M. também era o atraso na aquisição da linguagem e regressão na linguagem, assim como desatenção e ausência de interação social.

Tanto M. como D. foram avaliados pela Escala Labirinto e os resultados foram compatíveis com TEA conforme se pode observar na tabela 1. As avaliações desta escala foram realizadas por fonoaudiólogas certificadas e analisadas no grupo labirinto, com participação da Dra. Milena Pondé, psiquiatra infantil, que confirmou o diagnóstico. Os pais de M. e D. também responderam ao IDADI de modo *on line*, os resultados estão na tabela 2.

A menina A. aos 2 anos e 10 meses e seus pais ingressaram na pesquisa em setembro de 2022 a partir do contato realizado com a mãe a respeito do interesse em realizar avaliação e orientação de A. enquanto não ingressasse nos atendimentos presenciais.

Inicialmente foi realizada a entrevista inicial na qual se identificou que a gravidez de A. não foi planejada, mas aceita e o pré-natal iniciou na 11ª semana de gravidez. A. nasceu com 39 semanas, 3.290kg, 36 cm de perímetro cefálico, e apgar 9 no primeiro e quinto minutos. Sugou ao seio logo ao nascer e foi amamentada até seis meses de modo exclusivo quando foram introduzidos outros alimentos.

A queixa principal dos pais era o atraso na aquisição da linguagem, embora A. já produzisse algumas palavras. Os pais observavam dificuldades na interação social, como preferência por brincar sozinha e falta de iniciativa na busca de outras crianças, embora fosse receptiva diante da aproximação de outras crianças. A mãe também observou que todas as brincadeiras que ela realizava eram repetitivas, embora não se ressentisse na mudança de rotinas. Às vezes, A. tinha crises de raiva e birra quando não atendida em suas demandas como ir a algum local ou então ter um objeto desejado.

Em relação à alimentação, os pais afirmavam que era muito boa e variada tanto em consistência quanto em grupo de alimentos.

Quanto ao controle de esfíncteres A. ainda usava fraldas e, quando estava fora de casa, segurava mais o xixi do que em casa, quando poderia ser trocada com maior frequência.

O sono de A. era bom e dormia em cama própria, embora em alguns dias acordasse e fosse para a cama dos pais, entre ambos, para pegar no sono de novo.

Em relação a aspectos sensoriais, A. costumava rodar em torno do eixo, balançar a cabeça para os lados algumas vezes, quando estava feliz, apertar os olhos e, em alguns momentos, andar na ponta dos pés.

Após responder à anamnese inicial A. foi avaliada pessoalmente por meio da Escala labirinto cujos resultados foram compatíveis com TEA, conforme se pode observar na tabela 1. As avaliações da Escala Labirinto foram realizadas por fonoaudiólogas certificadas e foram analisadas no grupo labirinto, com participação da Dra. Milena Pondé, psiquiatra infantil, que confirmou o diagnóstico de TEA. Os pais de A. também responderam o IDADI de modo *on line* cujos resultados estão na tabela 2.

Avaliações

Domínios	Pontuação Padrão Ponto de corte para Indicativo de TEA	Pontuação M	Pontuação D	Pontuação A
Interação Social	≥ 3	11	7	7
Comunicação Verbal	≥ 4	10	9	8
Comunicação Não-verbal	≥ 2	17	8	14
Comportamento Rígido, Estereotipado e Maneirismos	≥ 4	8	7	15
Diagnóstico TEA	≥12	46	31	42

Tabela 1- Pontuação obtida na Escala Labirinto das três crianças.

Na tabela 2, estão os dados do IDADI na avaliação inicial das três crianças, evidenciando que as distintas dimensões do desenvolvimento estão afetadas.

Dimensão	M	D	A
Cognitivo	63 Atraso significativo	70 Atraso	68 Atraso significativo
Socioemocional	31 Atraso significativo	57 Atraso significativo	64 Atraso significativo
Comunicação e linguagem receptiva	10 Atraso significativo	27 Atraso significativo	48 Atraso significativo
Comunicação e linguagem expressiva	23 Atraso significativo	23 Atraso significativo	47 Atraso significativo
Motricidade ampla	92 Típico	95 Típico	83 Alerta para atraso
Motricidade Fina	95 Típico	104 Típico	105 Típico
Comportamento adaptativo	47 Atraso significativo	66 Atraso significativo	90 Típico

Tabela 2- Avaliação inicial do IDADI nos três casos

Observava-se que, do ponto de vista psicomotor, A. apresentava falhas proprioceptivas, de equilíbrio, e coordenação visuomanual, sobretudo em brincadeiras de encaixe e na avaliação da distância do seu corpo em relação aos objetos, pois seguidamente pisava nos objetos enquanto andava, desequilibrava-se ao mudar de superfície no solo (tatame para o chão) e não conseguia planejar e executar mudanças na posição de seu corpo para alcançar objetivos motores como, por exemplo, levantar para alcançar a parte superior de uma torre para encaixar mais uma peça. Observa-se também o sentar em W e, por vezes, o apoio da mão esquerda no chão enquanto estendia a direita para não se desequilibrar. Pode-se observar então uma dificuldade na articulação dos dois hemicorpos e na sustentação automática de posturas. Se girasse rápido demais poderia cair e se desequilibrar. Pode-se perceber, portanto, que eram alterações qualitativas que não se manifestaram no domínio de grandes marcos de motricidade fina (típico) e ampla (alerta de atraso) no teste do IDADI.

Quanto ao perfil sensorial não se observavam hipersensibilidades. Apresentava hipossensibilidade tátil, buscando explorar objetos com as mãos e pés, e, por vezes, levando à boca.

Em relação à comunicação apresentava vocalizações, que a maior parte do tempo não eram endereçadas aos pais ou terapeuta, mais de auto-estimulação e auto-regulação. Embora os pais dissessem que A. enunciava palavras como “oi, alô, tchau, mãe, mama, pai, água, auau, miau, urso, pula”, não foram observadas nas primeiras avaliações. Por meio de gestos, A. solicitava ações sobre objetos, por exemplo, que a terapeuta ou o pai fizessem mais bolhas de sabão estendendo a mão ou fazendo o gesto de arredondar a boca ou entregando o pote de bolhas, mas não buscava visualmente o outro. Seu foco era a ação sobre o objeto. Também não utilizava o sorriso ou o contato visual como forma de aproximação social. Deste modo, não abria e fechava círculos de comunicação. Engajou-se apenas na atividade de bolha de sabão, mas em outras atividades com maior demanda psicomotora apresentou dificuldades de manter a atenção, sobretudo diante de obstáculos motores finos, desistindo rapidamente do brinquedo.

Não conseguia perceber ações no ambiente, pois sempre estava focada nos objetos que explorava.

Os pais de A. forneciam ótimos estímulos para a menina, mas sua maior dificuldade era em sincronizar os estímulos ao que ela podia compreender e produzir. Muitas vezes, a fala dos pais era complexa demais ou as propostas eram menos adequadas ao que A. poderia executar ou ainda não percebiam o que ela desejava. Por vezes, havia momentos em que ela se manifestava e sua expressão ficava à deriva e os pais não interpretavam ou reconheciam seu dizer. Com isso A., muitas vezes, gritava para tentar ser ouvida. Com as orientações para maior sincronização das ações dos pais com as manifestações de A., esse comportamento diminuiu muito porque passaram a validar mais suas demandas e sincronizar com suas produções.

Intervenção

Foram feitas sete sessões de acompanhamento *on line* dos casos entre a avaliação inicial e final, com estrutura que consistia em ouvir os pais primeiros e depois debater situações vistas nos vídeos e trazidas pelos pais.

Nas tabelas 3 e 4 estão descritas as intervenções realizadas, considerando orientações dadas para a produção de vídeos, comentários dos pais sobre a semana transcorrida e aspectos desenvolvidos na sessão a partir de orientações dadas pelo fonoaudiólogo.

Sessões	Orientações para vídeos	Comentários dos pais sobre a semana	Orientações dadas pelo fonoaudiólogo
---------	-------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Primeira	Brincadeiras sensório sociais e atividades do dia a dia;	D. refri na mesa e M. procurou pano para secar. Ao não achar usou manga da roupa. D. beija e abraça M. e o incentiva batendo palma quando entende as demandas dos pais. M. começou a sorrir mais e parece compreender o que é dito. As melhores trocas de interação acontecem nas refeições; Estão dançando.	Estabelecer contato visual; Sincronizar a brincadeira da criança com a fala do adulto, sobretudo olhar. Realizar mais atividades sensoriais-sociais e corporais ao invés de atividades mais estruturadas de mesa; Pais perceberem que apesar de serem gêmeos são pessoas com gostos diferentes e habilidades diferentes, pois estão sintonizados na sustentação de linguagem de M. mas muito diretivos com D. Explicação sobre os livros adequados para a idade e como ler.
Segunda	Atividades de vida diária	Pais solicitaram ideias de brinquedos. Falaram que os meninos logo fariam aniversário e que a família quer dar brinquedos	Conversa sobre o modo de brincar, sobre a forma de sintonizar a fala com o brincar. Explicação geral do brincar de cada um.
Terceira	Brincadeiras prediletas de M. e D sozinhos e com o pai	D. fazendo as vogais ao assistir galinha pintadinha e au au para cachorro e M. e D voó. Tem-se interessado por afazeres domésticos. M. usa o “dá” de forma funcional e começou a apontar. “Antes não podíamos chegar perto dele; não gostava de beijo e de abraço vivia nos cantos e agora não; Chega a vó dele em casa e mostra os livros que quer ou o que deseja. M. passou a abraçar D. e o procurar para para brincar ao lado .	Apresentação de brinquedos adequados para ambos e individuais, explicando onde cada um está no desenvolvimento dos jogos com ideias de variações; Jogos sensoriais atencionais e calmantes para ambos com intuito de exploração da bidirecionalidade, aumento de contato visual, compreensão de comandos verbais e ideação motora; jogos simples de ação e reação, de desmontar; jogo funcional simples de combinação de apresentação; Para D. jogos e brinquedos que remetem ao pré-simbólico; Orientação para a escolha de livros. Conversa sobre evitar comportamentos inadequados antecipando as rotinas para eles; Empoderamento e incentivo para o pai aparecer nos vídeos e brincar mais com eles.
Quarta	Conversa com a família sobre atendimento presencial. Sem vídeos para visualizar na semana	M. está falando didi para dindo e batata. Os gêmeos pararam de ficar rodando as rodas dos brinquedos, objetos e corpo. Estão brincando de forma mais funcional; D. sempre gostou de carrinho e agora M. gosta também; M. gosta de ficar rasgando folhas em pedacinhos cada vez menores; Em passeio no dia da criança adoraram brincar na cama elástica, na qual apenas D. pulava e M. ficava sentado; D. tentou falar galinha.	Estimular a fala de acordo com o ambiente e ação; Continuar estimulando as brincadeiras motoras e de imitação motora por meio da dança; D: usar objetos concretos e narrá-los para melhorar o pré-simbólico, ainda está muito no corpo dele e no do outro; M. ampliar exploração tátil de objetos. Por exemplo, para M. pode usar a massinha de modelar para apertar e fazer bolinhas. Já o D. pode fingir fazer comidinhas; incentivá-los a escolher as brincadeiras e entrar nelas. A motivação da criança é primordial para melhorar a memória auditiva e a fala; Introduzir palavras funcionais como sim e não, ancoradas em gestos, pois é necessário entender o conceito da palavra no dia a dia para usá-las.

Quinta	Presencial-observação das interações com os pais e modelagem.	Dúvidas de como variar nas brincadeiras e instituir o jogo bidirecional	Receberam presente do Jacaré com dor dente da terapeuta e foi incentivado o brincar bidirecional e uso funcional de algumas palavras. Com M. jogos mais sensório-sociais e com D. mais brincadeiras de carrinhos com variação.
Sexta	Próximos vídeos colagem com um mosaico dos papéis picados do M.; e com D. com os pais brincando e variando com os carros;	Aprenderam a brincar com alternância de turnos com auxílio dos pais no jogo do jacaré com dor de dente; Mãe diz ter dificuldade em sintonizar com o M. em jogos e prefere afagos como modo de interagir com ele; começaram a atender quando chamados pelo nome; Iniciaram a resolução de problemas como pegar copo de cima da pia. Ambos também aprenderam a soprar bolhas e cheirar flores; M. está compreendendo a fala dos pais relacionadas à demanda de vida diária;	D. gosta bastante de desenhar com um adequado tempo atencional. O Pai conseguiu variar bem as brincadeiras de carrinho e montar torres; M. gosta de brincar de tirar e colocar brinquedos dentro de um pote, e orientamos variar dando função com exemplos; Importante aprender a brincar separados, mas também juntos; Orientações sobre como aproximar-se de uma criança para brincar juntos; D. tem dificuldade rigidez cognitiva não aceitando trocas de jogos diferentemente do M. que troca com leve esforço; D. começou a não querer dividir os brinquedos com o M. e acentuou os comportamentos de gritos e choros. Orientações sobre regulação e co-regulação.
Sétima	Vídeos livres de brincadeiras com os pais e entre eles	M. engaja bem com qualquer brinquedo ou interação com o outro diferente do D. que precisa de mais agito. Após a mudança de casa e cidade M. está apresentando mais crises; D. precisa de muita diversão para querer brincar com o outro; M. engaja bem e prefere brincar com o outro; Pequenos comandos de 'pega aí o bico para a mãe' já estão entendendo; M. está falando dada para pai e mama para mãe; D. consegue falar 'um' e 'dois'; compreende as cores e tenta nomeá-las; Brincaram com uma criança da mesma idade também com TEA e houve divisão de brinquedos e pequenos momentos em conjunto como mandar o carrinho um para o outro. Esse jogo bidirecional apareceu na brincadeira de um jogar a bola e o outro cair e depois mudando o papel na brincadeira. Estão conseguindo cortar as unhas sem desregular. Os pais perceberam e entenderam o perfil de cada criança e tornaram-se confiantes.	D. e M. usam muito o bico – orientações para tentar reduzir; Esperar 3 segundos a resposta depois que fez uma pergunta, se ela não vier então dizer a resposta esperada; Além de narrar a brincadeira, participar ativamente dela sempre com verbos de ação e frases objetivas; M. precisa melhorar as habilidades de empilhar e encaixar ao invés de sempre pedir suporte de um adulto sem nem tentar; D. precisamos fazê-lo brincar mais junto e fazer mais contato visual; importante expandir o brincar para o pré-simbólico.

Tabela 3- Intervenções com os pais de D. e M.

Percebe-se na tabela 3 que ambos os meninos conseguiram evoluir a partir dos três níveis iniciais e que as orientações estiveram concentradas no brincar, estratégias de sincronização entre a fala e gesto, inserção da bidirecionalidade, desafios

psicomotores com alguma introdução da resolução de problemas. Também a ampliação da co-regulação e do engajamento foram dadas em alguns momentos, sobretudo, após mudanças de casa. A diferenciação de cada menino em seu perfil foi um trabalho que se pode dizer transversal a todas as sessões.

Na tabela 4 são apresentadas as sessões de intervenção de A. que, em geral, ocorreram com seus pais.

Sessões	Orientações para vídeos	Comentários dos pais sobre a semana	Orientações dadas pelo fonoaudiólogo
Primeira	Jogo de encaixe e brincadeira livre pré simbólica	A. já aumentou o contato visual e aponta mais para fazer pedidos	Manter-se posicionado na altura de A. para o contato visual, implementando brincadeiras de sensorio-motoras- sociais, tentando elevar nível de excitação tátil em função de hipossensibilidade tátil; Aumentar a perseverança da A. no brincar, com um objeto por vez. Explicou níveis de desenvolvimento do brincar explicitando a etapa de A. Ampliar jogos de encaixe e construção Simplificar a linguagem – uma palavra fonologicamente simples e de ação por vez.
Segunda	Brincadeiras livres e sensoriais táteis como massinha, geleca, areia.	Começou a resolução de problemas -pegou um banquinho e levou até a cozinha para pegar uma fruta; Começou a imitar coreografias da TV e ação dos pais do dia a dia como lavar roupa na máquina	Observou que a dificuldade de noção espacial leva A. a desistir rapidamente para evitar frustração; Orientou aos pais não anteciparem pedidos e deixarem que ela peça ajuda de algum jeito - olhar; gesto; fala; verbalizando a palavra “ajuda” - esperando a ideação dela; Pedi para continuarem brincadeiras com propriocepção e sensoriais e utilizarem palavras funcionais dentro do contexto.
Terceira	Jogo com brincadeiras motoras	Começou a falar sobre o xixi; a dizer onomatopéias e primeira sílaba de dissílabas como VA para vaca; e a cantarolar. Aponta e faz mais gestos para pedir. Está fazendo brincadeiras mais elaboradas com bonecas; encaixando jogo de formas geométricas e persistindo mais na brincadeira.	Diminuição de tempo de tela; Utilizar palavras mais fáceis com sons como ‘p’ ‘b’ ‘m’ ‘d’ ‘n’ em monossílabas. Produzir a palavra sem diminutivo ou aumentativo e, quando ela produzir, não se preocupar com forma correta; Fazer brincadeiras motoras e incentivar a triangulação do olhar.
Quarta	Atividades de rotina	Às vezes, verbaliza dentro do contexto (‘poio’-bola, sabão, ‘não’, ‘ati’ -‘aqui’, ‘refi’, ‘pão’ e ‘oi’). Endereça jargões com prosódia aos pais. Repete a sílaba na para dizer não. Observa mais os pais e ampliou imitação verbal e motora. Iniciou exploração da massa de modelar e brincou por cinco minutos. Gosta de girar e dar cambalhota. Aprendeu a jogar a bola para frente pois antes derrubava da mão ou caía para os lados. O contato visual melhorou muito e segue explorando muito com a mão e pé.	Simplificar a fala com ela - ao invés de passarinho focar no ‘piu piu’ já que a sequência são palavras monossilábicas e dissilábicas duplicadas em contexto e funcionais. Expandir o vocabulário funcional; Melhorar o contato visual.

Quinta	Presencial	Os pais dizem que A. está atenta à rotina familiar e deseja mais autonomia, como servir seu suco sozinha. Começou a interessar-se por outras crianças.	O progresso de A. em todos os níveis socioemocionais acarretou a evolução da linguagem expressiva. Disse: 'caiu', 'achou' 'cadê', 'sai', 'uva' e 'maçã' no ambiente esperado. Os comportamentos estereotipados diminuíram e aumentou a busca na resolução de problemas e senso de si. Permanece com dificuldade na execução das brincadeiras de encaixe e torre, entretanto mostrou progresso. O quebra-cabeça em EVA foi a atividade predileta de A, pois encaixava com facilidade (quando não conseguia acarretava comportamentos disruptivos ou troca de atividade). Precisou de suporte ao utilizar a faca nas frutas. Foi testado caixas sensoriais individuais com plástico, algodão, grãos, folhas de árvores secas, geleca, massinha de modelar, bolas macias e palhas. Aprovou todas as texturas.
Sexta		Na montagem de quebra cabeça de madeira com duas peças confeccionadas pela mãe conseguiu com facilidade, entretanto, com mais peças não consegue devido a má execução motora. A mãe observa em A. dias que seu equilíbrio está bom e outros ruim. Preferência pela brincadeira de transferir líquidos de um recipiente para o outro.	Incentivar a brincar com quebra cabeças, torres e outros brinquedos de encaixe com trocas de turno. Se necessário dar suporte gestual dizendo a palavra: ajuda. Seguir a narração das brincadeiras de ação e reação e as pré- simbólicas. Buscar sempre o contato visual de A.
Sétima		Está socializando mais. Observa a rotina da casa e quer participar. Viu duas piscinas, fez o 2 com os dedos e disse água. Derruba menos os brinquedos e encaixando melhor os blocos. Aprendeu a se regular mais; pede bastante a amoeba pra passar no pé dizendo pé e dando o pé. Está produzindo verbos como 'achou' e 'caiu' de forma funcional.	Não resolver tudo para A., mas ajudar quando necessário. Validar os sentimentos de A.

Tabela 4- Intervenções com os pais de A.

Observa-se na tabela 4 que cada vez mais os pais foram descrevendo conquistas e o terapeuta teve de dar menos orientações, pois os pais já sabiam como estimular A. Em função do maior potencial para o brincar pré-simbólico, percebe-se que as brincadeiras orientadas foram rumando para temas e que as brincadeiras sensoriais orientadas se apresentaram em função do perfil tátil de A.

Comparação de avaliações inicial e final dos níveis de desenvolvimento funcional emocional e dos perfis dos pais

	Ausente	Começo	Ilhas	Moderado	Tornando-se Consistente	Eficaz-ex ceto estressado	Muito eficaz
Capacidade de dar conforto e acalmar			MI PI	MF PF MaI PaI		PaF	MaF

Acha o nível apropriado de estímulo	MI PI		PF MaI PaI	MF PaF	MaF
Envolve de forma prazerosa	MI PI		PF MaI	MF PaI MaF	PaF
Lê sinais emocionais	PI	MI PaI	PF MaI PaF	MF	MaF
Tende a incentivar	MI PI		PF MaI	MF PaI	MaF PaF

M= mãe de M e D; P=pai de M e D; Ma= mãe de A ; Pa=pai de A I= avaliação inicial
F= avaliação final

Tabela 5- Análise dos comportamentos dos pais de M. e D. antes e depois da intervenção

Percebe-se que os pais de D. e M. saíram de avaliações iniciais em começo para todas as capacidades exceto confortar que estava em ilhas, para chegar a classificações entre moderado e tornando-se eficaz. Há, no entanto, uma evolução muito importante expressa na fala da mãe dos gêmeos, quando diz:

“Chegamos aí desesperados para que eles falassem e com os atendimentos percebemos através do progresso deles que, para comunicar, não precisam falar especificamente. Hoje em dia os dois são alegres.”

Essa fala se confirma em uma cena enviada pela mãe em que M. e D. brincam de bater com o travesseiro na cabeça um do outro. Um irmão bate e o outro fica aguardando e depois simula uma queda e ambos gargalham olhando e partilhando a cena com os pais. Essa cena evidencia vários aspectos do desenvolvimento dos meninos como o fato de passarem a brincar juntos, o senso de si próprio, pois há simulação e uso adequado do corpo e, principalmente, o prazer na brincadeira referido pela mãe.

No caso de A. seus pais partiram de patamar mais alto, entre ilhas e moderado e avançaram para o se tornar eficaz e muito eficaz. Houve, portanto, evolução importante nas habilidades parentais após a intervenção.

Observa-se que os pais passaram a sintonizar mais com as demandas de A. e a sincronizar sua fala às ações. Os pais perceberam que ela evoluiu muito nas interações sociais, sobretudo no relato de uma ida a reunião com amigos nos jogos da copa do mundo, em que A. interagiu mais com as pessoas, explorou o lugar, quis conhecer a piscina e conseguiu se comunicar mais. No caso de A., não houve uma abordagem mais direta do diagnóstico de TEA com os pais, mas um foco nas potencialidades da menina, considerando que os pais

pouco perguntaram sobre o tema.

Capacidades Funcionais	Ausente	intermitente -apenas com muito suporte	ILHAS da capacidade com suporte.	Com alto afeto e suporte	Imaturo fragmentado cíclico.	Apropriado para idade vulnerável ao estresse	Apropriado para idade
I.Auto-Regulação		MI	AI		MF		

e Atenção		DI			DF AF
II. Engajamento e relacionamento			MI AI	DI	MF DF AF
III- Uso do afeto e comunicação bidirecional		MI	DI AI	DF	MF AF
IV. Resolução de Problemas e senso de si próprio	MI	DI AI	MF		DF AF
V. Cria e Elabora com símbolos	MI	MF DI AI	DF	AF	

M, D e A=designação dos sujeitos I= avaliação inicial F= avaliação final
Tabela 6- Evolução do desenvolvimento emocional funcional das crianças.

A tabela 6 mostra o resultado do perfil evolutivo das três crianças antes da intervenção e após a intervenção. A fim de facilitar o entendimento do leitor, segue abaixo, os resultados da evolução do desenvolvimento emocional funcional das crianças também no formato de gráfico.

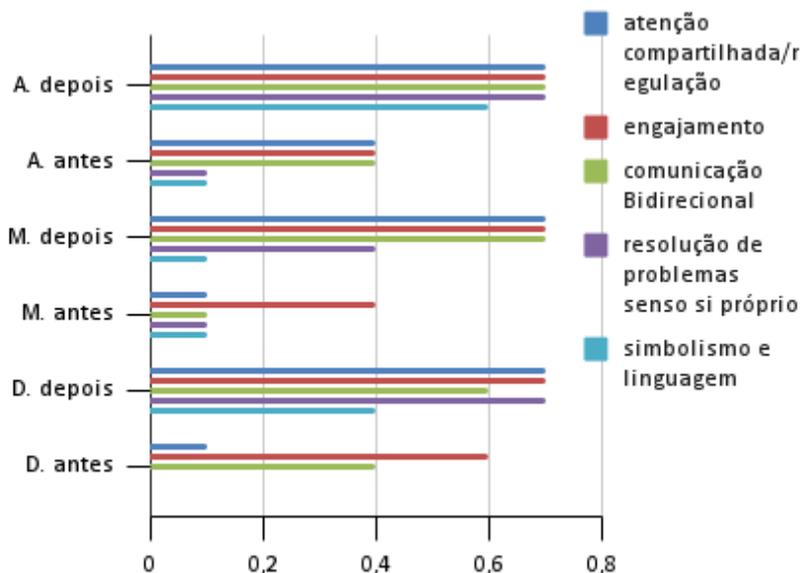


Gráfico 1- Evolução do desenvolvimento emocional funcional das crianças.

Discussão

Apesar dos resultados positivos nesta pesquisa, o fato de ser um estudo de casos, não permite uma generalização maior para a população com TEA, e estabelece limites interpretativos a serem investigados em pesquisa com maior número de sujeitos.

Outra limitação a ser ressaltada é que para essa abordagem é preciso dedicar muito tempo no preparo das orientações, em termos de visualização dos vídeos e análise de materiais a serem oferecidos e discutidos com os pais, o que precisa ser previsto nos atendimentos profissionais.

Considerando os três primeiros níveis do DIR-Floortime, observa-se uma

evolução importante das três crianças, que tornaram mais robustas as possibilidades de atenção plena, regulação, engajamento e troca bidirecional com o outro^{12,13}. Isso comprova o que a literatura afirma sobre a pertinência do DIR-Floortime para intervenção nesta faixa etária^{9,10}.

Em relação à resolução de problemas e senso de si próprio, todos evoluíram embora D e A. um pouco mais. Isso possivelmente se deve ao fato de que M. estava menos evoluído do que D. e A. ao início da intervenção, em todos os níveis do desenvolvimento emocional funcional.

Já em relação à criação e elaboração com símbolos, apenas A. avançou, mas com suporte. O menino M. iniciou sua evolução e D. avançou um nível a mais que o irmão. Essa menor evolução neste nível parece explicar-se pelo fato de que a evolução nos níveis anteriores não atingiu patamares esperados para a idade, embora as crianças tenham avançado em todos os níveis. Também o fato de que o brincar de A. estava mais evoluído ao início das terapias já que apresentava momentos de brincar pré-simbólico como classificam Casari et al.²².

De um modo geral, percebe-se que o programa foi efetivo para os dois casais acharem formas mais produtivas e adequadas tanto no brincar²³, quanto na sustentação enunciativa dos filhos¹⁵. Isso se refletiu na evolução de pais e mães em relação aos itens do *check list* dos pais.

Destaca-se que enquanto os pais de D. e M. saíram de níveis no começo e atingiram capacidades moderadas em sua evolução, os pais de A. saíram de capacidades moderadas para chegar ao nível do muito eficaz na maior parte dos itens avaliados. Essas diferenças indicam a importância da avaliação individual do perfil dos pais e também o fato de que metodologias estruturadas que avaliam de modo rígido as habilidades das crianças sem inserir os pais no processo, podem ser mal sucedidas quando se toma como parâmetro as mudanças na rotina diária em casa.

Acredita-se que a abordagem DIR-Floortime^{9,10} pode trazer contribuições importantes para o trabalho com pais e crianças justamente por não se concentrar em habilidades, mas em forças integradoras do desenvolvimento que se baseiam na relação entre a criança e seus familiares^{12,13}.

Em relação ao teleatendimento, este trabalho sugere sua potência para o trabalho parental como outros estudos já haviam feito^{17,18} a partir da realidade que se impôs a partir da pandemia. Ele pode ter efeitos importantes para pensar a formação de futuros fonoaudiólogos¹⁶ e abordagens compatíveis com as condições que o SUS oferece no momento. O teleatendimento pode-se constituir em uma abordagem híbrida, junto aos atendimentos presenciais, para potencializar o progresso de crianças que, por vezes, possuem limitações no acesso ao diagnóstico e a tratamentos com a intensidade necessária¹⁻⁴.

Outro aspecto importante a ressaltar na abordagem utilizada é que o DIR-Floortime é compatível com uma visão de sujeito ativo, como se preconiza na abordagem enunciativa. Nesta o diálogo sintonizado com a criança¹⁵, seguindo sua liderança no brincar²², pôde fazer evoluir a condições de emergência de um lugar de enunciação¹¹ no brincar de D. e M., bem como em suas vocalizações e gestos comunicativos. Já A. passou da referência mostrada à falada¹⁵ evidenciada pela produção das primeiras palavras.

Por fim, este trabalho permite ressaltar o processo de luto e reidealização²³ que foi possível com os pais de D. e M. que passaram a compreender melhor o que é o TEA e conseguiram ver a potencialidade dos filhos e valorizar o seu desenvolvimento como um todo vendo beleza, competência e futuro para os meninos. Mais conscientes do que os pais de A. em relação ao TEA dos filhos, conseguem falar mais abertamente

do desafio que a condição dos filhos impõe à família como um todo. Já os pais de A. ainda não falam no tema, embora a orientadora do trabalho tenha afirmado a presença de traços de TEA na primeira avaliação. Eles parecem não querer saber de um diagnóstico. Preferem se concentrar no que A. precisa desenvolver, o que identifica o percurso singular de cada família e necessidade de considerar isso nas abordagens terapêuticas, quer sejam gerais de desenvolvimento, como o DIR-Floortime, ou específicas ao fazer fonoaudiológico, como a visão enunciativa.

Conclusão

O teleatendimento dos pais foi efetivo como forma de espera assistida e pode ser uma boa prática, tanto para crianças em lista de espera, quanto para aquelas que não possam frequentar atendimento presencial mais de uma vez por semana em função de condições socioeconômicas. Isso pode ser fundamental para realidades como a encontrada no SUS, como ocorreu com os gêmeos que motivaram inicialmente este trabalho por não poderem pagar passagem para vir à clínica-escola. Também se verificou que a abordagem proposta a partir do DIR-Floortime associada a princípios do brincar e a uma visão enunciativa de linguagem, apresentaram-se efetivas na espera assistida dos três casos.

Os resultados sugerem que as orientações *on line* dos pais, com visualização dos vídeos familiares, pode ser uma estratégia eficaz em conjunto com atendimentos presenciais quando as crianças iniciam estes nas clínicas-escola. Elas podem potencializar o progresso das crianças. Acredita-se que o estudo, de um modo geral, ressalta a importância de os pais serem incluídos nas terapias de seus filhos com TEA.

Referências

1. Lima, r.s. et al. Narrativas de familiares de autistas de capsí da região metropolitana do rio de janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado. *Saúde debate* | Rio de janeiro, 2020; 44 (especial3): 144-55.. Doi: 10.1590/0103-11042020e313.
2. American psychiatric association - apa. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: dsm-5. Porto Alegre: artmed, 2014.
3. Neto, f.k; azambuja I.S. Transtorno do espectro autista (tea): o que pais e cuidadores precisam saber sobre o tea?. 1ª edição. Editora bestiário; 2022.
4. Faders. Características da população com carteira de identificação do transtorno do espectro autista no estado do rio grande do sul – ciptea –. Porto alegre. 2022.
5. Anagnostou, e et al. (2014). Autism spectrum disorder: advances in evidence - based practice. *Cmaj*, 2014; 186(7):509–19.
6. Olliac, et al. Infant and dyadic assessment in early-community based screening for autism spectrum disorder with the preaut grid. *Plos one*, 2017, <https://doi.org/10.1371/journal.Pone.0188831>,1-22.
7. Laznik, m. C. A hora e a vez do bebê. São paulo, sp: instituto language, 2013.
8. Zanon, rb, backes b, & bosa, ca. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2014. 30(1), 25-33.
9. Pajareya k, nopmaneejumruslers k. A pilot randomized controlled trial of dir/floortime tm parente training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 2011;15(5):553-77.
10. Pajareya k, nopmaneejumruslers k. A one-year prospective follow-up study of a dir/floortime tm parente training intervention for preschool children with autistic spectrum disorders. *Journal of the medical association of thailand*, 2012; 95(9):1184.
11. Souza, a. P. R. De. Instrumentos de avaliação de bebês: desenvolvimento, linguagem e psiquismo. São paulo: instituto language, 2020.
12. Greenspan, s.l; wieder, s. The developmental individual-difference, relationship-based (dir-floortime) model approach to autism spectrum disorders. In hollander, e.; anagnostou, e. (org). *Clinical manual for the treatment of autism*. American psychiatric publishing, 2007; p. 179-209.
13. Wieder s. The power of symbolic play in emotional development through the dir lens. *Top lang disorders*. 2017;37(3): 259-81.

14. Cardoso, j.l. Princípios de análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem. Tese de doutorado do programa de pós-graduação em letras, estudos da linguagem, porto alegre: instituto de letras, universidade federal de santa maria, 2010.
15. Silva, c.l.c. A criança na linguagem: enunciação e aquisição. Campinas: pontes, 2009.
16. Fernandes, fernanda dreux miranda et al. Uso de telessaúde por alunos de graduação em fonoaudiologia: possibilidades e perspectivas em tempos de pandemia por covid-19. *Codas* [online]. 2020, v. 32, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020190>>. Epub 17 jul 2020. Issn 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020190>.
17. Barbosa mrp, fernandes fdm. Remote follow-up to speech-language intervention for children with autism spectrum disorders (asd): parents' feedback regarding structured activities. *Codas*. 2017;29(2):e20160119.
18. Sun iyi, varanda ca, fernandes fdm. Stimulation of executive functions as part of the language intervention process in children with autism spectrum disorder. *Folia phoniatr logop*. 2017;69(1-2):78-83.
19. Couvert, m. A clínica pulsional do bebê. São paulo, instituto langage, 2020, 192p.
20. Silva m a, mendonça filho e j, bandeira d r. Development of the dimensional inventory of child development assessment (idadi) psico-usf, bragança paulista, 2019; 24(1): 11-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712019240102>.
21. Pondé mp, wanderley db, menezes ld, gomes fl, siquara gm. A validation study of labirinto scale for avaliation of autism spectrum disorder in children age 2 to 4 years. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 2021; 0(0): 000-000. <http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0141>.
22. Casari c. Et al. The jasper model for children with autism: promoting joint attention, symbolic play, engagement, and regulation. Guilford publications, new york, 2021, 360p.
23. Franco v d tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. *Educar em revista* [online], 2016; (59): 35-48. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.44689>.

APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: A relação entre atraso na aquisição da linguagem e histórico de sofrimento psíquico em crianças na faixa etária de 2 e 4 anos

Pesquisadora responsável: Ana Paula Ramos de Souza

Pesquisadores participantes: Fernanda Franco Castro, Tainá Rossato Benfica, Vitória Jéssica Paines Viegas

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria- departamento de Fonoaudiologia

Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

Telefones: 055-32208541, 055-996319464,

Local de coleta: Escolas municipais de educação infantil de Farroupilha, Clínicas Escola da UFSM e UFRGS, Domiciliar, Consultórios Particulares.

Nos próximos itens procuramos esclarecer os objetivos e procedimentos da presente pesquisa e nos dispomos a tirar quaisquer dúvidas que por ventura emergirem a qualquer momento da pesquisa. São eles:

1. Neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar a ocorrência de atrasos na aquisição da linguagem em crianças de 2 a 4 anos de idade, e sua eventual relação com histórico de sofrimento psíquico. Também será realizado o diagnóstico diferencial de transtorno do desenvolvimento, transtorno do espectro do autismo, bem como outros agravos psíquicos. Secundariamente objetivamos também analisar a concordância entre as identificações de atrasos e transtornos do desenvolvimento efetivadas pelos professores e os resultados das testagens aplicadas nas crianças e nos pais.
2. Os procedimentos de coleta iniciais com os pais inclui respostas a uma entrevista sobre aspectos sociodemográficos, histórico de gravidez e parto do seu filho(a), e duas avaliações: o IRDI-questionário que se relaciona a perguntas sobre o histórico de desenvolvimento emocional de seu filho nos primeiros dois anos de vida; e o Inventário dimensional de desenvolvimento infantil que analisa aspectos do desenvolvimento cognitivo, sócio-emocional, de linguagem e motricidade. As três avaliações podem ser preenchidas on-line, ou se você não tiver acesso a internet de forma presencial. Neste caso deixaremos os formulários escola para que o(a) senhor(a) possa responder em casa. Depois das respostas dadas, poderá devolver aos pesquisadores na escola. Em relação aos seus filhos eles serão avaliados presencialmente apenas se apresentarem alguma alteração no desenvolvimento.
3. Se seu filho(a) não apresentar alteração no desenvolvimento enviaremos um relatório com resultados da pesquisa ao senhor(a) e à escola. Se apresentar alguma alteração será convidado a participar de uma avaliação presencial que inclui uma entrevista com o(a) senhor(a) e uma avaliação prevista na escala Labirinto. Essa escala busca fazer o diagnóstico diferencial de transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento da linguagem. Além da entrevista, seu filho(a) brincará por 30 minutos com brinquedos adequado a sua faixa etária com um examinador onde algumas tarefas serão propostas durante a brincadeira para melhor avaliar detalhes da cognição, socialização, interação e linguagem do seu filho. Essa avaliação será realizada na escola e o senhor(a) poderá ou não acompanhar a aplicação. Também solicitaremos um vídeo de 5 a 10 minutos de interação usual com seu filho(a) e o senhor(a) em sua casa enviado por whatsapp ou e-mail. Após realização das avaliações e sua análise o senhor irá receber um parecer e a indicação dos tratamentos necessários para seu filho(a). Também poderá conversar com Fernanda Franco Cardoso para esclarecimentos detalhados do parecer e retirada de dúvidas.
4. Após o contato com os responsáveis as crianças serão avaliadas quanto ao seu desenvolvimento e linguagem e os resultados serão repassados para seus professores com orientações quanto ao encaminhamento dos casos em que se detectou alguma alteração.
5. A pesquisa possui risco mínimo em função do desconforto ligado ao tempo para responder aos formulários e fazer o filme familiar e envia-lo para nós. Para as crianças procuramos fazer a avaliação em meio a uma brincadeira motivadora para ela. Poderá inicialmente, no entanto, sentir algum desconforto na ambientação com o pesquisador que coletará a escala Labirinto. No entanto, acreditamos que o desconforto será mínimo pois se tratam de pesquisadoras experientes que sabem respeitar o tempo de cada criança e motiva-las. Caso a criança se negue a participar não será forçada e não será feita essa segunda etapa da pesquisa.
6. O benefício do participante é ter um retorno da equipe sobre a avaliação de desenvolvimento de seu filho(a) e orientações para encaminhamento terapêutico, bem como suporte para sua estimulação em casa e em sala de aula.

7. É garantida a Liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à participação escolar de seu filho(a).
8. Sua identidade e de seu filho(a) não será divulgada mas só os resultados gerais das avaliações.
9. Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.
10. Não há despesas pessoais ou ganhos para o participante desta pesquisa em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
11. Não há possibilidades de dano pessoa, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado de qualquer forma poderá desistir de participar da pesquisa.
12. Mantenho, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido informado(a) a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com Fernanda Franco Castro, representante da professor Ana Paula Ramos de Souza, sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos de coleta, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade de minha identidade e esclarecimentos permanentes a que tenho direito. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos resultados da pesquisa bem como a orientações quanto ao encaminhamento dos alunos que precisarem de tratamento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer que eu possa ter adquirido.

Nome do voluntário responsável pela criança:

Assinatura do responsável pela criança:

RG:

Nome do responsável da pesquisa: Dra. Ana Paula Ramos de

Souza Assinatura da pesquisadora:



RG:7033467403

Telefones para contato com pesquisadoras: 055-996319464, 054-

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato :Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria –7º andar- Campus Universitário- 9715-900- Santa Maria-RS. Telefone (055) 32209362- email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE II- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: A relação entre atraso na aquisição da linguagem e histórico de sofrimento psíquico em crianças na faixa etária de 2 e 4 anos

Pesquisador responsável: Ana Paula Ramos de Souza

Pesquisadores participantes: Fernanda Franco Castro, Tainá Rossato Benfica, Vitória Jéssica Paines Viegas

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefones para contato: 055-996319464, 054-

Local da coleta de dados: Escolas Municipais de Educação Infantil de Farroupilha, Clínica Escola da UFSM, Domiciliar

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevistas com pais e professores, inventários do desenvolvimento (IRDI-questionário e IDADI) e, quando necessário, Escala Labirinto de avaliação, na escola onde a criança estuda, de janeiro a junho de 2022.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26E, Departamento Fonoaudiologia, sala 209, 97105-970 - Santa Maria - RS por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Ana Paula Ramos de Souza. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro CAAE



Assinatura pesquisador responsável

ANEXO I



ANAMNESE

DATA / /

Internos que

atenderam: Residente

que atendeu:

I – Dados sócio demográficos

1. História colhida com: () mãe () pai () outro cuidador, especificar
2. Nome do paciente:
3. Sexo - M () F ()
4. Idade da criança (data de nascimento):
5. Idade do pai: Idade da mãe:
6. Cor - Branca () Parda () Negra () Amarela ()
7. Naturalidade (cidade onde a criança nasceu):
8. Procedência (cidade onde mora a criança):
9. Quantas pessoas moram em casa?
10. Quem mora em casa:
10.1. Pai Sim () Não ()
10.2. Mãe Sim () Não ()
10.3. Irmãos Sim () Quantos: Não ()
10.4. Outros (especificar): _____
11. Pais são consanguíneos? Sim () Não ()
12. Qual a renda mensal total da família em salários mínimos?
13. Você ou algum membro de sua família são beneficiários de Programas Sociais (Bolsa Família, Benefício de Assistência Social, etc.)? () Não () Sim. Qual? Valor R\$: _
14. Religião dos pais: Pai : Mãe:
15. Escolaridade dos pais: Pai: Mãe:
16. Marque as características que melhor descrevem a sua casa . Pode marcar mais de uma opção. () Residência com acabamento. () Residência sem acabamento (sem reboco, pintura, piso, banheiros inacabados, etc.)
Possui: () Rede de Esgoto () Fossa () Banheiro () Chuveiro () Água () Luz
Cobertura: () Laje () Telha () Outros.
Piso: () Cimento () TACO () Cerâmica () Outros.
Número de Cômodos:
(http://documento.inmg.edu.br/action.php?kt_path_info=ktcore.actions.document.view&fDocumentId=1929)

II. Queixa principal e história da moléstia atual

Questione aqui quais são as queixas dos pais em relação à criança.

Deixe os pais falarem livremente sobre as queixas deles. Caso os pais não informem, perguntem sobre:

O que eles acham que há de errado, diferente ou problemático com a criança.

Quando começaram os problemas e quais foram os primeiros problemas/dificuldades. Quais os problemas atuais, o que melhorou, o que piorou ou que não havia e apareceu. Se houve algum fator desencadeante para os sintomas descritos pelos pais.

Se a criança faz ou fez algum tratamento. Quais. Se usou ou usa medicações informe-se sobre o nome e as dosagens usadas.

Resposta:

II. Queixa principal e história da moléstia atual - continuação.

Esse item tem como objetivo complementar a HMA e investigar sinais e sintomas referentes ao transtorno do espectro do autismo.

Desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal.

1. Idade das primeiras palavras e idade das primeiras frases:

Resposta:

2. Caso não fale como ele se comunica? Aponta para os objetos? Puxa o adulto pela mão até o objeto? Tenta se comunicar através de gestos?

Resposta:

3. Sabe fazer sim e não com a cabeça? Sabe fazer o gesto comunicativos como tchau ou legal? Sabe jogar beijo? Que outros gestos ele realiza para se comunicar?

Resposta:

4. Atende ao chamado do seu nome? Atende a comandos verbais? Olha nos seus olhos quando fala com você? Mantém o olhar, ou olha e desvia rapidamente?

Resposta:

5. Você percebe quando ele está triste, alegre ou zangado pela expressão do rosto dele? Ele é criança que consegue expressar os sentimentos ou os desejos pela mímica facial?

Resposta:

Interação social

1. Brinca com outras crianças ou prefere brincar sozinho? Como é a brincadeira com outras crianças? Do que brincam? Fazem brincadeiras simbólicas (faz de contas: brincar de médico, de professor, de super-heroi etc.), ou só brinca de correr? Ele entende as regras de brincadeiras coletivas como futebol, esconde-esconde, pega-pega?

Resposta:

2. Quando alguém se aproxima ou tenta brincar com ele, ele sorri? Se for uma pessoa que ele não conhece como ele reage? Como ele reage quando uma criança se aproxima dele?

Resposta:

3. Ele tem amigos? Como ele se relaciona com os amigos?

Resposta:

4. Ele acompanha brincadeiras em grupo, como esconde-esconde, pega-pega (picula), futebol etc.?

Resposta:
5. Como ele se comporta em ambientes onde há outras crianças como parques, praia, aniversários infantis?
Resposta:
Atividades restritas
1. Com o que ele gosta de brincar? Como ele costuma brincar?
Resposta:
2. Ao invés de brincar ele apenas arremessa os brinquedos no chão? Ele fica enfileirando os brinquedos, ou separando-os por formas ou cores? Ele tem mania de colocar todos os brinquedos em recipientes, depois tirar e colocar de volta repetidas vezes? Ele prefere morder ou colocar os brinquedos na boca, ou cheirar? Tem mania de rodar os objetos?
Resposta:
3. Ele gosta de tomar banho? Gosta de brincar com água? Como é a brincadeira?
Resposta:
4. Tem alguma brincadeira que ele repita muito? Ele tem algum tipo de ritual, ou seja, alguma coisa que ele faça de forma muito repetida?
Resposta:
5. Ele tem gestos repetidos com as mãos ou com o corpo? Ele anda na ponta dos pés, ou de forma estranha?
Resposta:
6. Ele faz brincadeiras de faz de contas, como criar estórias com carros, bonecos, animais? Ele imita os adultos, ou imita personagens de desenhos animados?
Resposta:
7. Ele tem dificuldade de fazer coisas fora da rotina? Exemplo quando muda algum móvel em casa ele fica nervoso? Quando o caminho que costuma fazer (para escola por exemplo) é modificado? Ou quando muda o horário da comida, do banho?
Resposta:

Escola, caso a criança já frequente escola ou creche
1. Como ele(a) se comportou quando foi para escola a primeira vez? Ele(a) aceitou ir para a escola? Recusava a ficar na escola?
Resposta:
2. Ele participa das atividades da escola com outras crianças? Ele tem amigos na escola? Como ele se comporta com as outras crianças?
Resposta:
3. Ele(a) acompanha o conteúdo da escola? Consegue aprender como as outras crianças? Tem alguma dificuldade de aprendizagem? Se tiver, qual é? Ler? Escrever? Matemática?
Resposta:
4. Ele(a) respeita os professores e as figuras de autoridade?
Resposta:

II. Antecedentes médicos

OBS: explique aos pais com palavras coloquiais, não com o termos médicos.
1. Epilepsia Sim () Não ()
2. Hetero-Agressividade (ele agride os outros) Sim (..) Não (..)
3. Auto-agressividade ou auto-mutilações (ele se agride? Se morde?) Sim (...) Não (.)
4. Hiperatividade / agitação (ele é agitado?) Sim (...) Não (...)
5. Dificuldade de concentração Sim () Não ()
6. Alterações na marcha (ele anda de modo diferente/estranho?) Sim () Não () Se sim especificar
7. Disartria (problemas com a articulação das palavras) Sim () Não () Se sim especificar
8. Dificuldade de aprendizagem Sim () Não ()
9. Depressão Sim () Não ()
10. Ansiedade Sim () Não ()
11. Comportamento opositor (se opões a fazer o que mandam, às regras) Sim () Não ()
12. Medo sim () Não () Se sim especificar
13. A criança já teve algum diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo Sim () Não ()
14. Se sim quanto anos ele tinha quando foi dado o diagnóstico?
15. Qual foi o diagnóstico?
16. Que profissional deu o diagnóstico?
17. Quantos e quais profissionais procurou antes de receber o diagnóstico?
18. Quando recebeu o diagnóstico o pai morava em casa? Sim () Não () e a mãe? Sim () Não ()

GESTAÇÃO:
Desejada Sim () Não () Planejada Sim () Não () Aceita Sim () Não ()
Iniciou o pre-natal com quantas semanas? Usou de Sulfato ferroso () Ácido fólico ()
Presença de doenças ou complicações durante a gravidez? () Sim () Não – Descreva:
Uso de Medicações (quais e em que mês da gestação):
Drogas / Alcool / Tabaco (meses da gestação e quantidade):
PARTO: Semanas: Natural() Cesareo () Forceps ()
APGAR: 1º minuto /Depois
Condições de nascimento (chorou, ficou em observação, precisou de reanimação, de internação em UTI Neonatal):
Peso ao nascer: Perímetro Cefálico:
Mal-formação aparente?
Sugou ao seio ao nascer?
Alta com quantos dias?
DESENVOLVIMENTO NO 1º E 2º ANOS DE VIDA.
Aleitamento materno exclusivo/complementar até quantos meses?
Alimentação suplementar, quantos meses?
Começou a comer pastoso, quantos meses?
Começou a comer sólido, quantos meses?

Sons vocálicos (m)	Primeiras palavras (m)	Frases (m)	Sorriso social (m)
Controle esfinteriano vesical diurno (m)		Controle esfinteriano vesical noturno (m)	
Controle esfinteriano anal diurno (m)		Controle esfinteriano anal noturno (m)	
Particularidades relacionadas a controle de ESFINCTERES (prende côco ou xixi; ritual em relação ao local de fazer cocô ou xixi; xixi no vaso, mas cocô ritualizado; cocô e xixi no vaso; descrever manipulação com fezes; descrever outras alterações).			

II. História de vida

Comportamento durante a infância.
1. Relacionamento com pais, irmãos e amigos.
Resposta:
2. Comportamento na escola
Resposta:
3. Comportamento sexual (pesquisar sobre masturbação, ou manipulação da genitália)
Resposta:

II. Antecedentes familiares

1. Doença psiquiátrica em parente consanguíneo?
1.1. Depressão Sim () parentesco: Não ()
1.2. Transtorno bipolar Sim () parentesco: Não ()
1.3. Alcoolismo Sim () parentesco: Não ()
1.4. Uso de drogas Sim () parentesco: Não ()
1.5. Esquizofrenia Sim () parentesco: Não ()
1.6. Suicídio ou tentativa de suicídio Sim () parentesco: Não ()
1.7. Retardo mental Sim () parentesco: Não ()
1.8. Epilepsia Sim () parentesco: Não ()
1.9. Transtorno do Espectro do Autismo Sim () parentesco: Não ()

III. Interrogatório sistemático.

1. Cabeça – dores, tonturas, zumbidos e desmaios. Acuidade visual e auditiva.
Resposta:
2. Aparelho Respiratório – alergias, gripes frequentes, tosse e falta de ar.
Resposta:
3. Aparelho Córdio-vascular – taquicardia, síncope, dores no peito e sensação de desmaio.
Resposta:
4. Aparelho Digestivo – azia, má digestão, dores abdominais, diarreia, obstipação e sensação de vazio.
Resposta:
5. Aparelho Gênilo-urinário – dificuldade de urinar, urgência e ardor miccional.
Resposta:

6. ALIMENTAÇÃO: restrições quanto a consistência, cor ou tipo de alimento; rituais alimentares; comer coisas não comestíveis (fezes, xampu, sabão, detergente etc.); descrever outras alterações.
Resposta:
7. SONO (sono interrompido, demora para dormir, acorda muito cedo, dorme poucas horas, troca a noite pelo dia, descrever outras alterações).
Resposta:
8. SENSORIAL: Descrever comportamentos sensoriais de busca (rodar em torno do eixo, se balançar, apertar os olhos, andar na ponta dos pés, necessidade de movimento constante, resposta à dor reduzida, auto-mutilação, descascar feridas, outros). Dificuldade de se equilibrar, passa por cima de objetos, se bate muito nos objetos. Ou comportamentos sensoriais de esquiva (tapar os ouvidos com sons desagradáveis, incomodar-se com locais barulhentos, com muitas cores, resposta à dor aumentada, outros).
Resposta:

IV. EXAME PSÍQUICO DO PACIENTE

Descreva com exemplos vistos durante a avaliação

Aspecto geral (Cuidado pessoal, higiene, trajes, postura, marcha)
Resposta:
Nível de consciência (Vigil, levemente sonolento, obnubilado, torpor, sopor, estado crepuscular, dissociação da consciência)
Resposta:
Atenção (Tenacidade e vigilância)
Resposta:
Olhar (O paciente consegue olhar nos olhos? Ele sustenta o olhar? O olhar auxilia a comunicação?)
Resposta:
Resposta ao chamado do nome (Quando você o chama pelo nome ele atente na primeira vez ou é preciso que você o chame várias vezes? Quando o cuidador chama ele responde?)
Resposta:
Sorriso (A criança sorri quando você tenta brincar com ela? Só sorri com estímulo físico (cócegas)? Sorri com os cuidadores?)
Resposta:
Psicomotricidade (Aumento, diminuição, agitação, agressividade, desequilíbrio, hipotonia.)

Resposta:
Movimentos repetitivos (O paciente apresenta alguma estereotipia? Algum movimento repetitivo? Algum tique?)
Resposta:
Brincar (Como a criança brinca? Ela usa os brinquedos adequadamente, ou não se interessa pelos brinquedos?)
Resposta:
Interação (A criança se interessa por você? Você consegue interagir com a criança? É uma interação mútua ou unilateral?)
Resposta:
Inteligência
Normal () Aparentemente elevada ()
Rebaixamento – Leve () Moderado () Grave ()
Linguagem (A criança fala palavras soltas? Fala por frases? Tem disartria? Emite apenas sons incompreensíveis? Articula palavras de forma incompreensível ou que só a mãe compreende?)
Resposta:
Gestos (A criança se comunica com gestos? Os gestos ocorrem de forma espontânea ou quando solicitado? Quais gestos ela faz ou imita? Os gestos são típicos ou feitos de forma diferente do habitual? Como é a mímica facial? Expressiva? Mecânica?)
Resposta:
Humor (Depressão ou euforia, irritabilidade)
Resposta:

V. Hipótese diagnóstica

1.Lista de problemas
Resposta:
2.Lista de potencialidades
Resposta:
3.Diagnóstico principal e co-morbidades – DSM-5
Considerar: Com ou sem retardo; Com ou sem problemas de linguagem (Com: não verbal, só palavras, fala com frases; Sem: fala com sentenças completas, fala fluente); Considerar em separado linguagem receptiva e expressiva; Condição médica ou genética associada; Associação com outro transtorno do neuro-desenvolvimento; Associação com catatonia.
Resposta: