



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE COMUNICAÇÃO E EXPRESSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

Francielly Rosana Freitas

Avaliação fonoaudiológica da linguagem de crianças com suspeita ou diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA): o que fazem os fonoaudiólogos?

Florianópolis

2023

Francielly Rosana Freitas

Avaliação fonoaudiológica da linguagem de crianças com suspeita ou diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA): o que fazem os fonoaudiólogos?

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para a obtenção do Título de Mestra em Linguística, linha de pesquisa Linguística Aplicada.

Orientadora: Prof.^a Ana Paula de Oliveira Santana, Dr.^a

Florianópolis

2023

FREITAS, FRANCIELLY ROSANA

Avaliação fonoaudiológica da linguagem de crianças com suspeita ou diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) que fazem os fonoaudiólogos? / FRANCIELLY ROSANA FREITAS ; orientadora, ANA PAULA DE OLIVEIRA SANTANA, 2023.
208 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Linguística. 2. autismo. 3. linguagem. 4. multimodalidade. 5. fonoaudiologia. I. DE OLIVEIRA SANTANA, ANA PAULA. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Linguística. III. Título.

Francielly Rosana Freitas

Avaliação fonoaudiológica da linguagem de crianças com suspeita ou diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA): o que fazem os fonoaudiólogos?

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Aline Lemos Pizzio
Membro interno PPGL-UFSC

Lucila Pastorello
Membro Externo

Karoline Pimentel dos Santos
Membro externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Linguística pelo Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina

Coordenação do Programa de Pós Graduação

Profª. Ana Paula de Oliveira Santana, Dra.
Orientadora

Florianópolis
2023

Dedico este trabalho aos meus queridos pacientes. Vocês transformaram meu modo de encarar a vida. Hoje, busco ser uma pessoa e profissional melhor, por e para vocês.

Também, dedico às famílias as quais me concederam a confiança de seus bens mais preciosos, acreditando no meu trabalho, assim, permitindo-me fazer parte da sua história.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao Diego, meu melhor amigo e companheiro, que segurou minha mão nos momentos mais difíceis durante esse processo, diante do choro, das crises de ansiedade, da desmotivação e de um quadro depressivo. Você esteve lá e deu-me todo o suporte possível. Obrigada, meu amor, pelos abraços, pelo colo, pelos lanchinhos, chocolates, passeios e carinhos (e também, pelas mil planilhas que fez comigo).

Também agradeço a minha mãe que, desde o processo seletivo, incentivou-me e ajudou a sua maneira, constantemente, expressando todo o orgulho que sente pelas minhas conquistas e realizações. Aos meus sogros, que são como pais e me proporcionaram muitos momentos prazerosos nos períodos difíceis.

Gratidão a minha querida amiga Lais, que me deu suporte em todo o processo, desde a inscrição até a revisão final deste trabalho. Foi uma longa caminhada, com muitas pedras pelo caminho e, em meio ao caos, você sempre se demonstrou disposta a me ajudar e provou que eu posso contar com a sua amizade. Também, agradeço aos amigos que, mesmo de longe, fizeram-se presentes, Yaskara, Rafael e Nathália.

Agradecimento especial a minha Psicoterapeuta Nadja, que caminhou comigo em um doloroso, mas transformador processo de autoconhecimento. À minha Psiquiatra Ana, que me acolheu no momento mais difícil, fora sempre muito cuidadosa, fazendo todo o possível para me ver bem.

Sou grata a minha orientadora, que me incentivou a fazer a inscrição e lutar pela minha vaga na pós em Linguística. Ela que, em diversos momentos, acolheu-me. Já, em outros, gerou muito desespero (rindo de nervoso), permitindo-me toda a liberdade na construção e elaboração da dissertação, orientando e direcionando, mas também, que eu trilhasse o meu próprio caminho, como almejava desde o início.

Agradeço aos participantes da pesquisa, que acreditaram na proposta do meu estudo. Sem vocês, nada disso seria possível!

E, por fim, mas não menos importante, quero deixar minha gratidão às crianças com TEA que realizam acompanhamento comigo. Vocês me motivam e me impulsionam. E também, as suas famílias que me permitem ver de pertinho o seu desenvolvimento.

RESUMO:

Introdução: O TEA é descrito como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, os quais impactam diferentes áreas da vida do sujeito e, portanto, está intimamente relacionado ao seu desenvolvimento linguístico. Historicamente, o autista foi descrito por um viés medicalizante, que foca na “falta” e não em suas potencialidades, chegando a ter sua linguagem negada. **Objetivo:** Nesse contexto, buscou-se compreender como os fonoaudiólogos brasileiros realizam a avaliação da linguagem de crianças com TEA, por meio de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo descritivo-interpretativista. **Metodologia:** Desenvolveu-se a presente pesquisa através de revisão do estado da arte, elaboração e aplicação de um questionário semiestruturado com profissionais fonoaudiólogos e análise de conteúdo. **Resultados:** Em relação ao tipo de avaliação, a maioria dos participantes indicou utilizar instrumentos normatizados. O principal ambiente em que ocorre a avaliação é o consultório e, em sua maioria, indicaram gravar e/ou transcrever as sessões como estratégia no processo avaliativo. Em relação aos instrumentos utilizados pelos participantes, os mais citados foram PROC, ADL e ABFW, respectivamente. Entretanto, os profissionais indicaram utilizar de dois a dez instrumentos para a avaliação. Quanto aos aspectos linguístico-cognitivos considerados pelos participantes, apenas três foram citados de forma unânime: a intenção comunicativa, a brincadeira simbólica e a imitação. Excluindo, portanto, os aspectos intrínsecos ao desenvolvimento da linguagem, bem como, desconsiderando a multimodalidade. Entretanto, houve diferença entre aqueles que utilizavam instrumentos, mas também, os que realizavam avaliação exclusivamente qualitativa. Sendo que o segundo grupo destacou a importância da interação social. **Conclusão:** Foi possível observar a dificuldade de reflexão por parte dos profissionais referente à prática e à atuação junto a crianças com TEA. Dessa forma, indicando a necessidade de construção de instrumentos de avaliação partindo de uma visão multimodal e que considere o desenvolvimento de sujeitos com TEA, também compreende-se ser fundamental que se fomente discussões, que estudos científicos sejam desenvolvidos, bem como, capacitações e cursos que envolvam esse tema na especialidade da fonoaudiologia.

Palavras-chave: Autismo; linguagem; multimodalidade; fonoaudiologia.

ABSTRACT:

Introduction: ASD is described as a neurodevelopmental disorder, characterized by persistent impairments in reciprocal social communication and social interaction, restricted and repetitive patterns of behavior, interests or activities, which impact different areas of the subject's life and, therefore, are closely related to their language development. Historically, the autistic was described by a medicalizing bias, which focuses on the “lack” and not on their potential, even having their language denied. **Objective:** In this context, we sought to understand how Brazilian speech therapists carry out the assessment of the language of children with ASD, through a qualitative-quantitative research of the descriptive-interpretivist type. **Methodology:** The present research was developed through a review of the state of the art, elaboration and application of a semi-structured questionnaire with speech therapists and content analysis. **Results:** Regarding the type of assessment, most participants indicated using standardized instruments. The main environment in which the evaluation takes place is the office, and most of them indicated recording and/or transcribing the sessions as a strategy in the evaluation process. Regarding the instruments used by the participants, the most cited were PROC, ADL and ABFW, respectively. However, professionals indicated the use of two to 10 instruments for evaluation. As for the linguistic-cognitive aspects considered by the participants, only three were unanimously mentioned, namely communicative intention, symbolic play and imitation. Excluding aspects intrinsic to language development and disregarding multimodality. However, there was a difference between those who used instruments and those who performed exclusively qualitative assessment. The second group highlighted the importance of social interaction. **Conclusion:** It was possible to observe the difficulty of reflection on the part of professionals, regarding the practice and performance with children with ASD. Indicating the need to build assessment instruments in the field of speech therapy, starting from a multimodal view and considering the development of subjects with ASD, it is also understood that it is essential to encourage discussions, that scientific studies are developed, as well as training and courses involving this theme in the specialty of speech therapy.

Keywords: Autism; language; multimodality; speech therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| ABFW | Teste de Linguagem Infantil |
| ACV | Avaliação (ou amostra) do Comportamento Vocal |
| ADI-R | <i>Autism Diagnostic Interview Revised</i> |
| ADL | Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem |
| AFI | Apraxia de Fala na Infância |
| AMA | Associação de Amigos dos Autistas |
| AMF | Atraso Motor de Fala |
| APA | Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association) |
| APAE | Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais |
| ASQ | <i>Autism Screening Questionnaire</i> |
| ATA | Escala de Avaliação de Traços Autísticos |
| CAPSI | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil |
| CARS | <i>Childhood Autism Rating Scale</i> |
| CCC-2 | <i>Children's Communication Checklist-2</i> |
| CDC | <i>Center of Diseases Control and Prevention</i> |
| CID | Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde |
| DEL | Distúrbio Específico da Linguagem |
| DI | Deficiência Intelectual |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| FCEE | Fundação Catarinense de Educação Especial |
| FE | Funções Executivas |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICA | Inventário de Comportamentos Autísticos |
| IFF/Fiocruz | Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira |
| IRDI | Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil |
| M-CHAT | <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i> |

| | |
|--------|--|
| ND | Neurolinguística Discursiva |
| NSCH | <i>National Survey of Children's Health</i> |
| OMS | Organização Mundial Da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PBE | Prática Baseada em Evidências |
| PEP-R | Perfil Psicoeducacional Revisado |
| PFC | Perfil Funcional da Comunicação |
| PROC | Protocolo de Observação Comportamental |
| QI | Quociente de Inteligência |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SCQ | <i>Social Communication Questionnaire</i> |
| TDAH | Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade |
| TDI | Transtorno Desintegrativo da Infância |
| TEA | Transtorno do Espectro Autista |
| TEACCH | <i>Treatment and Education of Autistic and related Communicattion handicapped Children</i> |
| TID | Transtornos Invasivos de Desenvolvimento |
| TGD | Transtornos Globais do Desenvolvimento |
| TDL | Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem |
| TMF | Transtornos Motores de Fala |
| TOC | Transtorno Obsessivo Compulsivo |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1 - Prevalência de casos de TEA segundo pesquisas do CDC. | 52 |
| Gráfico 2 - Idade dos participantes da pesquisa. | 98 |
| Gráfico 3 - Estados em que os participantes trabalham e residem atualmente..... | 100 |
| Gráfico 4 - Tempo de formação dos participantes | 101 |
| Gráfico 5 - Tempo de experiência de atendimento fonoaudiológico para sujeitos com TEA (em anos). | 102 |
| Gráfico 6 - Tipo de pós-graduação dos participantes da pesquisa. | 103 |
| Gráfico 7 - Formação específica em TEA. | 104 |
| Gráfico 8 - Busca pelo atendimento fonoaudiológico. | 106 |
| Gráfico 9 - Encaminhamentos de fonoaudiólogos a outros profissionais em casos de suspeita ou diagnóstico de TEA. | 107 |
| Gráfico 10 - Encaminhamentos de pacientes realizados pelos profissionais que relataram receber pacientes por encaminhamento de outros profissionais..... | 108 |
| Gráfico 11 - Acerca da suficiência da avaliação fonoaudiológica para diagnosticar TEA. ... | 110 |
| Gráfico 12 - Profissionais elencados pelos fonoaudiólogos como integrantes na equipe inter/multidisciplinar. | 110 |
| Gráfico 13 - Tipo de instrumentos utilizados pelos participantes. | 113 |
| Gráfico 14 - Motivo da escolha por avaliação do tipo fechada. | 114 |
| Gráfico 15 - Motivo da escolha por avaliações do tipo abertas..... | 116 |
| Gráfico 16 - Ambientes em que os profissionais realizam a avaliação de TEA. | 117 |
| Gráfico 17 - Gravação e transcrição de sessões pelos participantes que realizam avaliação do tipo aberta. | 145 |
| Gráfico 18 - Gravação e transcrição de sessões pelos participantes que realizam avaliação do tipo fechada..... | 146 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Tríade de critérios para o diagnóstico de autismo..... | 28 |
| Quadro 2 - Modificados dos quadros diagnósticos no DSM-IV e DSM-V. | 30 |
| Quadro 3 - Critérios diagnósticos para o TEA segundo o DSM-V..... | 31 |
| Quadro 4 - Modificações quanto à classificação do diagnóstico segundo o CID. | 34 |
| Quadro 5 - Sinais de alerta para diagnóstico de autismo entre 0 e 36 meses segundo Volkmar e Wiesner (2018). | 58 |
| Quadro 6 - Instrumentos de triagem utilizados por fonoaudiólogos brasileiros..... | 74 |
| Quadro 7 - Respostas consideradas falhas e itens críticos segundo o M-CHAT. | 76 |
| Quadro 8 - Instrumentos de avaliação/diagnóstico utilizados por fonoaudiólogos..... | 77 |
| Quadro 9 - Instrumentos citados na literatura para avaliação específica da linguagem..... | 81 |
| Quadro 10 - Instrumentos utilizados para complementar a avaliação para diagnóstico de TEA. | 84 |
| Quadro 11 - Exemplo de enunciação segundo Santos et.al. (2020). | 91 |
| Quadro 12 - Distribuição dos especialistas em linguagem no Brasil. | 101 |
| Quadro 13 - Instrumentos/protocolos normatizados para a avaliação de linguagem utilizados pelos fonoaudiólogos participantes da pesquisa. | 120 |
| Quadro 14 - Aspectos avaliados pelo ADL – Linguagem expressiva e receptiva. | 134 |
| Quadro 15 - Aspectos avaliados pelos participantes: Interação. | 153 |
| Quadro 16 - Aspectos avaliados citados pelos participantes: Uso funcional dos objetos e comportamentos repetitivos/estereotipados..... | 154 |
| Quadro 17 - Aspectos atencionais citados pelos participantes..... | 155 |
| Quadro 18 - Avaliação da linguagem compreensiva..... | 157 |
| Quadro 19 - Avaliação da linguagem expressiva citada pelos participantes..... | 157 |
| Quadro 20 - Avaliação dos níveis e aspectos linguísticos citados pelos participantes. | 160 |
| Quadro 21 - Diferenças entre grupos..... | 161 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Número de fonoaudiólogos de acordo com os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia..... | 100 |
| Figura 2 - Habilidades comunicativas segundo o PROC..... | 125 |
| Figura 3 - Compreensão verbal segundo o PROC..... | 126 |
| Figura 4 - Aspectos do desenvolvimento cognitivo segundo o PROC..... | 128 |
| Figura 5 - Áreas da Linguagem avaliadas pelo ABFW..... | 137 |
| Figura 6 - Parâmetros da pragmática avaliados segundo o ABFW..... | 141 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 | O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DO CONCEITO AOS SINTOMAS | 23 |
| 2.1 | CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA..... | 23 |
| 2.2 | A DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO TEA NOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS..... | 26 |
| 2.2.1 | O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) | 27 |
| 2.2.2 | Classificação Internacional de Doenças (CID) e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) | 34 |
| 2.2.3 | Autismo Virtual: uma proliferação de sintomas no século XXI? | 38 |
| 2.3 | CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO | 39 |
| 3 | ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DO TEA | 41 |
| 3.1 | CAUSAS DO AUTISMO | 41 |
| 3.1.1 | Teorias Genéticas | 42 |
| 3.1.2 | Teorias Socioambientais | 44 |
| 3.1.3 | Teoria Biológica – Neurônios espelho | 44 |
| 3.1.4 | Teorias Neuropsicológicas | 45 |
| 3.1.5 | Teoria da Mente | 45 |
| 3.1.6 | Alterações das Funções Executivas | 46 |
| 3.1.7 | Teoria da Coerência Central | 46 |
| 3.1.8 | Teoria Psicanalítica | 47 |
| 3.1.9 | Teoria da “Mãe Geladeira” | 48 |
| 3.1.10 | A Polêmica do mercúrio nas vacinas | 48 |
| 3.1.11 | A Polêmica dos agrotóxicos/pesticidas e poluentes | 49 |
| 3.2 | DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ACERCA DO TEA | 50 |
| 3.2.1 | Prevalência do TEA | 51 |
| 3.3 | ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL..... | 54 |
| 3.4 | CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO | 57 |
| 4 | AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICA DE TEA | 58 |
| 4.1 | AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR..... | 60 |
| 4.2 | DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 62 |
| 4.3 | COMORBIDADES | 65 |

| | | |
|----------------|---|------------|
| 4.4 | CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO | 66 |
| 5 | AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM NO TEA..... | 68 |
| 5.1 | A MULTIMODALIDADE DA LINGUAGEM | 68 |
| 5.2 | INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM..... | 73 |
| 5.2.1 | Instrumentos para rastreio de TEA..... | 74 |
| 5.2.2 | Instrumentos de avaliação e diagnóstico de TEA..... | 76 |
| 5.2.3 | Instrumentos de avaliação de linguagem | 80 |
| 5.2.4 | Demais instrumentos para avaliação | 84 |
| 5.3 | CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO | 85 |
| 6 | CONTORNOS METODOLÓGICOS | 87 |
| 6.1 | TIPO DE PESQUISA..... | 87 |
| 6.2 | GERAÇÃO DOS DADOS..... | 87 |
| 6.2.1 | A Revisão do estado da Arte..... | 87 |
| 6.2.2 | Elaboração e aplicação de um questionário semiestruturado com profissionais fonoaudiólogos | 88 |
| 6.2.3 | Análise de Conteúdo..... | 89 |
| 6.3 | ANÁLISE DOS DADOS | 89 |
| 6.3.1 | Contexto social/cultural/histórico | 89 |
| 6.3.2 | Cérebro e linguagem sob o olhar da perspectiva discursiva | 90 |
| 6.3.3 | Interação e desenvolvimento | 93 |
| 6.3.4 | Sujeito | 95 |
| 6.3.5 | Interlocutor | 96 |
| 7 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 98 |
| 7.1 | SUJEITOS DA PESQUISA | 98 |
| 7.2 | DIAGNÓSTICO..... | 105 |
| 7.3 | AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM | 112 |
| 7.3.1 | Tipo de Avaliação | 113 |
| 7.3.2 | Ambiente de atendimento | 116 |
| 7.3.3 | Instrumentos Utilizados para Avaliação | 119 |
| 7.4 | ANÁLISE DE INSTRUMENTOS MAIS CITADOS PELOS PARTICIPANTES PARA AVALIAÇÃO DO TEA | 123 |
| 7.4.1 | Protocolo de Observação Comportamental – PROC..... | 123 |
| <i>7.4.1.1</i> | <i>Base teórica</i> | <i>123</i> |
| <i>7.4.1.2</i> | <i>Instruções de aplicação.....</i> | <i>124</i> |

| | | |
|--------------|---|-----|
| 7.4.1.2.1 | Habilidades Comunicativas | 124 |
| 7.4.1.2.2 | Compreensão Verbal | 125 |
| 7.4.1.2.3 | Aspectos do desenvolvimento cognitivo | 127 |
| 7.4.1.3 | <i>Pontuação</i> | 129 |
| 7.4.1.4 | <i>Análise qualitativa</i> | 129 |
| 7.4.2 | Avaliação Do Desenvolvimento Da Linguagem (ADL) | 131 |
| 7.4.2.1 | <i>Construto teórico</i> | 131 |
| 7.4.2.2 | <i>Apresentação do instrumento</i> | 132 |
| 7.4.2.3 | <i>Instruções de aplicação e pontuação</i> | 135 |
| 7.4.3 | Teste de Linguagem Infantil ABFW | 136 |
| 7.4.3.1 | <i>Construto teórico</i> | 136 |
| 7.4.3.2 | <i>Apresentação do instrumento</i> | 136 |
| 7.4.3.2.1 | Fonologia..... | 137 |
| 7.4.3.2.2 | Vocabulário | 138 |
| 7.4.3.2.3 | Fluência | 139 |
| 7.4.3.2.4 | Pragmática | 140 |
| 7.4.4 | Gravação e transcrição das sessões | 144 |
| 7.4.5 | Aspectos avaliados citados pelos participantes | 147 |
| 7.4.5.1 | <i>Uso de distratores no questionário: coordenação motora, percepção visual e aspectos sensoriais</i> | 147 |
| 7.4.5.2 | <i>Aspectos avaliados citados por todos os participantes: brincadeira simbólica, intenção comunicativa e imitação</i> | 149 |
| 7.4.5.3 | <i>Aspectos avaliados citados pelos participantes: interação social</i> | 153 |
| 7.4.5.4 | <i>Aspectos avaliados pelos participantes: Uso funcional dos objetos e comportamentos repetitivos</i> | 154 |
| 7.4.5.5 | <i>Aspectos avaliados citados pelos participantes: Aspectos atencionais</i> | 155 |
| 7.4.5.6 | <i>Avaliação da linguagem compreensiva e expressiva</i> | 156 |
| 7.4.5.7 | <i>Avaliação dos níveis da linguagem aspectos linguísticos</i> | 158 |
| 7.4.6 | Diferenças entre grupos | 161 |
| 7.4.7 | Autoavaliação dos participantes | 163 |
| 8 | CONCLUSÃO | 166 |
| | REFERÊNCIAS | 166 |
| | APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO | 202 |

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

.....205

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, acredito ser interessante expor os caminhos que me levaram a desenvolver interesse pelo tema desta pesquisa. Minha trajetória na Fonoaudiologia me guiou naturalmente ao trabalho realizado junto aos sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ingressei na Graduação em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2015 e me formei em 2018. No decorrer do curso, fui privilegiada, pois obtive o primeiro contato com o quadro e, a partir disso, o meu carinho pela temática foi crescendo e se consolidando.

Por influência das experiências vivenciadas durante o período de formação em Fonoaudiologia, no primeiro semestre do ano de 2019, ingressei na Pós-graduação em Linguística da UFSC, com o intuito de aprofundar meus conhecimentos na área da linguagem e, mais especificamente, na avaliação da linguagem da criança com TEA.

Dessa forma, iniciei a trajetória no meio acadêmico e me aprofundei em minha prática profissional.

A partir deste momento, trilharemos esse caminho de aprofundamento no TEA juntamente.

Para introduzir a temática, sabe-se que, historicamente, o TEA foi compreendido como esquizofrenia de aparecimento precoce e psicose infantil, sendo reconhecido pelos manuais diagnósticos apenas em 1980. Atualmente, é definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, os quais impactam diferentes áreas da vida do sujeito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Hoje, a terminologia utilizada para se referir ao quadro é Transtorno de Espectro Autista, uma vez que é compreendido como um espectro de manifestações, que podem variar de intensidade e gerar limitações diversas, ocorrendo de forma individual em cada sujeito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; MARFINATI; ABRÃO, 2014).

Ao longo dos anos, desenvolveram-se pesquisas com o intuito de identificar o possível causador de tal condição, em que duas hipóteses apresentam robustas e reconhecidas evidências científicas, sendo elas: causa idiopática – compatível com 90 a 95% dos casos e, secundária – associada a anormalidades cromossômicas, a doenças monogênicas e a fatores ambientais (COUTINHO; BOSSO, 2015).

A temática do TEA vem sendo cada vez mais discutida e, atualmente, pode ser considerada como um problema de saúde pública, pois houve um aumento significativo no número de diagnósticos, sendo que a prevalência no ano de 1966 era de 4,5 crianças diagnosticadas a cada dez mil (CAETANO et al., 2015) e, no ano de 2021, esse número é de um a cada 44 nascidos.

Juntamente com as discussões em torno do conceito, da causa, das características, da prevalência e das modificações na terminologia, ocorreu também a modificação do papel do sujeito com diagnóstico de TEA no meio social. Desse modo, o sujeito antes excluído e apartado do convívio em sociedade, visto como “anormal”, inferior, improdutivo e incapaz de aprender, interagir, ou de se comunicar, passa a ocupar espaços e atuar de modo ativo e independente. Assim, destacando a necessidade de desenvolver pesquisas referentes ao tema, como também, a tudo o que lhe é relacionado, sobretudo, ao modo de como os sujeitos têm sido avaliados. Visto que, o processo avaliativo reflete diretamente na realização de encaminhamentos, exames/testes complementares, seleção dos profissionais da equipe, escolha do método de intervenção, indicação da intensidade da terapia, elaboração de planejamento terapêutico individualizado e, conseqüentemente, na qualidade de vida do sujeito.

A natureza do desenvolvimento da linguagem é motivo de interesse de estudiosos há muito tempo. Em meados da década de 40, os estudos se apresentavam de maneira menos formal, através de diários ou biografias. Porém, nos últimos 50 anos, houve significativa evolução das pesquisas que encontram a cada dia métodos mais sofisticados de investigação. Sendo que, atualmente, compreende-se muito mais sobre o desenvolvimento e aquisição da linguagem das crianças (DE QUADROS; FINGER, 2008).

Sabe-se que, atualmente, por diversos motivos, crianças podem apresentar dificuldades na aquisição e no desenvolvimento da linguagem, desviando-se do que é considerado como típico. Considera-se que a prevalência de alterações no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem acomete em média 5% da população pré-escolar (MUSZKAT; MELLO, 2009).

No caso do TEA, o próprio quadro clínico é uma das causas possíveis para a presença de dificuldades linguísticas.

Volkmar e Wiesner (2018) destacam que as famílias de sujeitos com TEA demonstram preocupações em relação ao desenvolvimento infantil desde muito cedo e dentre as principais razões para que busquem ajuda profissional, estão:

- Atraso na fala;
- Falta de reciprocidade (preocupação relacionada à perda auditiva);

- Regressão ou perda de competências e dificuldade em obter ganhos nas diferentes áreas do desenvolvimento;
- Comportamentos/interesses incomuns e estereotipados;
- Interesse limitado em jogos e interação social.

Pesquisas recentes indicam que cerca de um terço dos sujeitos com TEA não chega a desenvolver linguagem verbal, sendo que, mesmo aqueles que desenvolvem, permanecem dificuldades expressivas e receptivas ao longo da vida (MORETTO et al, 2009; VOLKMAR; WIESNER, 2018).

Algumas características e dificuldades linguísticas frequentemente citadas em casos de TEA são: ecolalia, neologismos, dificuldade de compreender sarcasmo, ironia, de compreensão da perspectiva do interlocutor, no uso da narrativa, insistência em falar de temas específicos, mudanças bruscas de tópico, tendência a não iniciar a conversa, interpretação literal da fala do outro, inversão de pronomes, linguagem formal e pedante, bem como, dificuldades relativas à prosódia. Além disso, o desenvolvimento fonológico costuma ser mais lento, quando comparado ao de crianças neurotípicas e eventuais dificuldades na fala podem ser geradas por outros fatores, como, por exemplo, questões motoras (WHITMAN, 2019; CAETANO et.al., 2015).

Diante disso, o diagnóstico de linguagem nesses casos tem objetivo de explorar o desenvolvimento da linguagem do sujeito, observando todos os aspectos, sejam eles verbais, ou não verbais como constituintes da linguagem e da interação.

Observa-se que muitos dos aspectos acima envolvem o desenvolvimento da linguagem e interação social, demonstrando que esses são sinais de alerta observados pela família, e também, ponto de partida para que busquem ajuda especializada. Dessa forma, a linguagem ocupa um lugar de destaque no quadro clínico e no processo de avaliação e diagnóstico. Nesse sentido, o profissional capacitado para realizar tal avaliação é o fonoaudiólogo.

Diante disso, destaca-se que até o momento não existe um instrumento específico para a avaliação da linguagem de crianças com TEA, ou normativas que orientem a prática fonoaudiológica junto a esse público.

Nesse contexto, torna-se necessário elucidar que, embora esta pesquisa contribua para a prática da Fonoaudiologia, ela é fundamentada na ciência da linguagem, ou seja, na Linguística. Compreende-se no presente estudo que o TEA é de interesse da linguística, uma vez que a linguagem é elencada como um dos pontos centrais da condição. Sendo assim, alterações

linguísticas são amplamente descritas na literatura e postas em lugar de destaque no que se refere ao tema.

Acerca do interesse da linguística, de acordo com Jakobson (1973, p. 34), a “[...] Lingüística interessa-se pela linguagem em todos os seus aspectos — pela linguagem em ato, pela linguagem em evolução, pela linguagem em estado nascente, pela linguagem em dissolução”. Nesse sentido, considera-se que o desenvolvimento da presente pesquisa pode trazer contribuições para a área da linguística, uma vez que possui como foco a avaliação da linguagem de sujeitos com TEA.

As áreas da Linguística que mais se interessam pelo tema são a Psicolinguística, Neurolinguística e Análise do Discurso. Quando os estudos se referem ao contexto educacional, a Linguística Aplicada também se apresenta como possibilidades de análise.

Especificamente sobre os estudos da Neurolinguística, Morato et al. (2009) enfatiza que, em linhas gerais, os campos de interesse da Neurolinguística são: estudo do processamento normal e patológico da linguagem por meio de modelos elaborados no campo da Linguística e Neurociências; estudo da repercussão dos estados patológicos do/no funcionamento da linguagem; estudo dos processos alternativos de significação (verbal e não verbal) levados em conta por sujeitos afetados por patologias cerebrais, cognitivas ou sensoriais (afasia, demência, surdez, etc.); discussão dos aspectos éticos e socioculturais relacionados ao contexto patológico, à cognição humana e à questão normal/patológico; estudo dos processos discursivos que relacionam linguagem e cognição.

Diante disso, o campo traz contribuições no que diz respeito à compreensão dos processos de aquisição e de desenvolvimento da linguagem, construções de teorias no interior da Linguística, além de atuar de maneira interdisciplinar, estabelecendo uma ponte entre estudos da linguística e de diversas áreas que tenham em comum o interesse pela pesquisa neurocognitiva. Colabora, também, para o desenvolvimento de atividades clínico-terapêuticas, desempenhando um papel social, visando à diminuição de tensões e a sofrimentos causados pelas patologias, assim como, a análise da produção e veiculação de preconceitos e estigmas relativos às alterações linguístico-cognitivas (MORATO et al., 2009).

Assim, essa pesquisa, ao partir da Neurolinguística Discursiva (ND), leva em conta conceitos fundamentais como concepção de sujeito, linguagem e cognição (BAKHTIN; VOLOSHÍNOV, 2014). Este é o arcabouço teórico-epistemológico que essa pesquisa parte para tratar de questões relativas à análise dos processos avaliativos da linguagem de crianças com suspeita ou diagnóstico de TEA, pois se compreende que a análise da linguagem desses sujeitos vem se modificando através dos estudos e discutir teoricamente seus sintomas e sua avaliação

linguística a partir do posto teórico da ND pode trazer contribuições para o campo dos estudos da linguagem atípica.

Portanto, a investigação fundamenta-se na relação do sujeito na e com a língua, a partir de um uso/interação social e cujo foco da análise é o processo linguístico e as estratégias de uso da língua mediante as relações que nela se estabelecem os sujeitos. Compreende-se, nesse contexto, que o encontro entre a Fonoaudiologia e a ND é bastante promissor, uma vez que incorpora os pressupostos teóricos e metodológicos dessa perspectiva.

A partir desses pressupostos, essa pesquisa parte das seguintes questões: De acordo com a literatura brasileira, quais instrumentos são utilizados por fonoaudiólogos para avaliação de crianças com diagnóstico, ou suspeita de autismo? Quais instrumentos são utilizados pelos fonoaudiólogos brasileiros em sua prática clínica? Quais aspectos são considerados como importantes na avaliação da linguagem desse público? Como a avaliação tem sido realizada pelos profissionais?

Para responder tais questões, a pesquisa tem como objetivo investigar como os fonoaudiólogos avaliam crianças com suspeita ou diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Estabelecendo como objetivos específicos investigar: i. Tipo de avaliação; ii. Ambiente; iii. Estratégias avaliativas de gravação e transcrição das sessões; iv. instrumentos utilizados por fonoaudiólogos para avaliar crianças com suspeita de TEA; v. Discorrer acerca dos aspectos linguísticos avaliados pelos profissionais.

Para isso, essa dissertação é dividida em sete capítulos:

Capítulo 2: Nesse capítulo é realizada uma contextualização histórica acerca das modificações realizadas no conceito de TEA ao longo dos anos, partindo de sua primeira descrição e chegando aos tempos atuais, assim como a visão construída pelos manuais diagnósticos acerca do quadro.

Capítulo 3: Esse capítulo trata da etiologia e prevalência do TEA, em que serão apresentadas hipóteses etiológicas, dados epidemiológicos internacionais e nacionais. A partir do exposto, se empreenderá uma análise crítica sobre a temática.

Capítulo 4: Nesse capítulo será apresentado o caminho geralmente percorrido pelos familiares na busca pelo diagnóstico de TEA, principais sinais percebidos, profissionais procurados pela família, realização de diagnóstico diferencial, investigação de possíveis comorbidades e equipe atuante na avaliação diagnóstica.

Capítulo 5: Esse capítulo é destinado à discussão acerca da linguagem no TEA, a visão apresentada pela perspectiva da multimodalidade da linguagem, avaliação fonoaudiológica,

exposição de revisão bibliográfica acerca dos instrumentos mais utilizados para avaliação na área da fonoaudiologia e apresentação dos pressupostos teóricos em que se ancora esta pesquisa.

Capítulo 6: Esse capítulo é dedicado ao detalhamento dos percursos metodológicos desenvolvidos para responder aos objetivos do presente trabalho que consiste em questionário (on-line) realizadas com fonoaudiólogos.

Capítulo 7: Nesse capítulo serão apresentados, analisados e discutidos os resultados gerados por meio da aplicação de questionário com fonoaudiólogos brasileiros que atuam na área da linguagem e indicam realizar avaliação de crianças com TEA.

No capítulo 8 será apresentada a conclusão da pesquisa.

2 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DO CONCEITO AOS SINTOMAS

As discussões em torno da definição da terminologia e da sintomatologia do que hoje é considerado o Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem ser observadas em um processo de construção histórica e social. Ao longo da história, da descoberta de uma alteração do desenvolvimento que impactava a interação com o outro, a linguagem e atividades da vida diária foram sendo discutidas a partir de diferentes vozes sociais: psiquiatras, neurologistas, geneticistas, fonoaudiólogos, educadores e linguistas. Assim, neste capítulo, iremos (re)conhecer um pouco mais acerca de como o TEA foi e tem sido discursivizado ao longo da história.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O termo “autismo” origina-se da palavra grega “*autos*”, que significa “dentro de si mesmo”, remetendo à ideia de introspecção, interesses restritos e dificuldade em se relacionar (ORRÚ, 2018).

A definição do conceito de autismo sofreu diversas modificações ao longo do tempo e este processo está intimamente relacionado com a história da psiquiatria infantil. Em 1911, o psiquiatra suíço Bleuler caracterizou o autismo como sendo um tipo de esquizofrenia de aparecimento precoce, que poderia acarretar dificuldades importantes nas relações humanas, comunicação, interação e também interesses restritos (MARFINATI; ABRÃO, 2014; BEULLER 2005). Observa-se que o conceito do quadro vem sendo descrito desde o princípio com vinculação a diagnósticos psiquiátricos, pois a esquizofrenia é compreendida como um transtorno em que há um descolamento do sujeito com a realidade, impactando na linguagem, comportamento e socialização (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O primeiro relato científico reconhecido internacionalmente foi descrito em 1943, pelo psiquiatra infantil Leo Kanner. O trabalho intitulava-se “Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo”, em que descrevia 11 crianças entre dois e oito anos de idade, sendo oito do sexo masculino e três do feminino, cuja dificuldade central encontrava-se nas relações com o outro, associada à “inabilidade” de utilizar linguagem como forma de comunicação, rigidez em relação à rotina e estereotípias¹ (KANNER, 1943; DIAS, 2015).

¹ São caracterizadas como comportamentos repetitivos, que podem ser motores, verbais ou vocais (APA, 2014).

Quanto ao comportamento das crianças, Kanner (1943) descreveu acerca da resistência à mudança, insistência pelas mesmas coisas (rigidez com a rotina, roupas, alimentos) e o que ele chamava de “comportamento motor sem propósito” (sacudir as mãos, andar nas pontas dos pés, balançar o corpo). Ele mencionou que três das onze crianças eram não verbais e, mesmo quando desenvolviam a língua, era de maneira atípica. A fala caracterizava-se, principalmente, pela ausência de entonação adequada (fala robótica), pela inversão de pronomes (se chamar na terceira pessoa, por exemplo, dizendo “Diego quer suco”), ou ainda, os ditos “ecos na linguagem” (repetição literal da fala do outro). Segundo ele, as repetições podiam ocorrer de três formas: imediatamente após alguém se comunicar com a criança (ecolalia imediata), proveniente de um passado distante (ecolalia tardia), ou quando a fala sofria algum tipo de modificação (ecolalia mitigada)².

Kanner concluiu ainda que as crianças não aceitavam investidas de socialização que os tirasse de seu estado de isolamento, além de possuírem um pensamento bastante concreto e, portanto, apresentarem dificuldades em relação ao pensamento simbólico e abstrato.

A princípio, o psiquiatra hipotetizou que as crianças possuíam inteligência dentro da normalidade, isso porque se saíam bem em algumas partes dos testes de inteligência (QI). Apesar de que em outras apresentavam um “fraco desempenho” ou simplesmente, não colaboravam (VOLKMAR; WIESNER, 2018). Entretanto, a literatura atual relata há anos indícios de déficit intelectual em casos de autismo (CAMPOS; FERNANDES, 2016).

É importante salientar que as formas de se conceber e medir a inteligência pode modificar o resultado das avaliações e ainda é extremamente desafiador avaliar habilidades cognitivas ou intelectuais em sujeitos com TEA por conta do interesse restrito, da dificuldade de reciprocidade social e linguística. De acordo com De Macedo, Firmo, Duduchi e Capovilla (2007), a maior parte dos testes de QI disponíveis desconsideram as especificidades do sujeito com TEA, uma vez que requerem frequente uso da linguagem verbal e seguimento de comandos, o que pode influenciar no resultado do teste.

A afirmação de que há preservação da inteligência em detrimento das alterações linguísticas torna-se possível a partir de concepções que consideram a separação entre linguagem e cognição e linguagem e pensamento, desta forma, déficits cognitivos não estariam relacionados à déficits linguísticos. Contudo, há correntes teóricas que concebem a linguagem na sua relação com os demais processos cognitivos, uma vez que a atividade simbólica,

² A ecolalia é uma característica linguística frequentemente atrelada ao TEA, compreendida como repetição da fala do outro (FERNANDES, 1996).

viabilizada pela linguagem, organiza o próprio pensamento (SILVA; GHIRELLO-PIRES, 2012).

Compreender a linguagem e a cognição como processos independentes e não interrelacionados têm como base uma concepção estruturalista, que a compreende a linguagem como externa ao sujeito, considerada como ferramenta que possibilita a comunicação, nesse contexto, a língua é vista tão somente como representação do pensamento (DE ARAÚJO GONÇALVES; DE ALMEIDA BARONAS, 2015; FUZA; MENEGASSI, 2011).

Partindo de outro ponto de vista, este trabalho parte da noção de que a linguagem é vista como a mais importante função mediadora, constitutiva e transformadora dos processos cognitivos superiores (percepção, atenção e memória). Esta concepção enfatiza a natureza subjetiva e social desse funcionamento, ao afirmar que o cérebro é um órgão moldado pelas experiências externas que, por sua vez, transformam o funcionamento cognitivo. Leva-se aqui em conta de uma concepção de cérebro como um “Sistema Funcional Complexo”, partindo principalmente das formulações teóricas de Luria. Portanto, o modelo de funcionamento neuropsicológico proposto é de um sistema dinâmico, plástico, produto de evolução sócio-histórica e da experiência social do sujeito (NOVAES-PINTO, 2012).

O déficit de interação social, definido como ponto central das alterações no TEA, tem sido bastante discutido no aspecto comportamental, embora nem sempre vinculado a questões sócio-históricas. Desde o início das descrições sintomatológicas do autismo, em 1943, Kanner já elencava em seu estudo os dois critérios essenciais para o diagnóstico: i. O isolamento social, e; ii. Comportamentos “anormais” e insistência nas mesmas coisas. Chama-se atenção ainda para a descrição das estereotípias como sendo um “comportamento motor sem propósito”.

Outros casos menos “graves” foram descritos na mesma época, em 1944, um ano depois de Kanner, pelo pediatra austríaco Hans Asperger. Ele descreveu quatro casos de sujeitos do gênero masculino com sintomas bem semelhantes aos descritos por Kanner. Tratava-se de uma síndrome que ele nomeou como “psicopatia autística infantil”, caracterizada por dificuldades de interação social, mas que, diferentemente do que foi descrito por Kanner, os sujeitos apresentavam um bom nível de inteligência (mediante avaliação de QI) e os sintomas apareciam somente após os três anos de idade. Asperger, portanto, vincula o TEA ao quadro de psicopatia³.

Ele descreveu também características como tendência ao isolamento, comportamentos obsessivos, ausência de empatia, dificuldade em fazer amizades, conversas unilaterais, interesse

³ A psicopatia é considerada pelo DSM-V como sendo um transtorno de personalidade que afeta o comportamento, gerando alterações como falta de empatia e dificuldade de regulação das emoções (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

em assuntos específicos e movimentos “desajeitados”. Em relação à linguagem, os sujeitos possuíam boa articulação e vocabulário extenso, apesar de estereotipado. Quanto aos aspectos não verbais da comunicação, apresentavam expressões faciais apáticas e gestos compreendidos como “inapropriados” (ASPERGER, 1944; DIAS, 2015).

A descrição das características do TEA no século passado focava principalmente na articulação da fala e no número de palavras produzidas, desconsiderando recursos linguísticos não convencionais e descrevendo-os como “gestos inapropriados” e “movimentos desajeitados”. Atualmente, há ainda descrições sintomatológicas que ressaltam mais a falta, o déficit, a negação, afastando-se de tentativas de significação das diferentes formas de interpretar e dar interpretação ao mundo. É nesse sentido que se destaca principalmente as discussões em torno do suposto “desajuste” e da “anormalidade” dos sujeitos (RODRIGUES; ANGELUCCI, 2018).

Posteriormente, dando seguimento ao trabalho desenvolvido por Kanner e Asperger, a psiquiatra inglesa Wing (1981) introduziu o termo “Síndrome de Asperger” ao vocabulário médico com a publicação do artigo intitulado “Síndrome de Asperger: um relato clínico”, em que fazia referência aos estudos do pediatra austríaco. Wing foi a primeira a propor um *continuum* de expressões fenotípicas que iriam desde a inviabilidade fetal até casos com severas dificuldades de aprendizagem, comunicação e socialização (WING, 1981).

2.2 A DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO TEA NOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS

Nas últimas décadas, com o avanço da ciência e o desenvolvimento tecnológico foi possível verificar diversas hipóteses em torno do TEA. Além disso, há uma crescente preocupação em torno da chamada “Prática Baseada em Evidências” (PBE). Por sua vez, a PBE também suscita críticas por parte de profissionais clínicos, uma vez que indicaria uma tentativa de “homogeneização, como se fosse possível reduzir a pluralidade e complexidade da clínica, substituindo a subjetividade pela objetividade técnica, a fim de garantir uma pretensa efetividade e eficiência” (SILVA; LUCERO, 2021, p. 297).

Nesse sentido, salienta-se que a depender da perspectiva adotada pelo profissional, o TEA pode ser compreendido sob a lente do sofrimento psíquico, uma doença, um transtorno mental, uma deficiência ou uma diversidade inerente à heterogeneidade humana – inclusive de heterogeneidade cognitiva (MONTES; DE LACERDA, 2019; ORTEGA, 2009). Dessa forma,

na sequência, serão apresentadas algumas discussões acerca do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Classificação Internacional de Doenças (CID) e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) instrumentos de diagnóstico que norteiam a tomada de decisões de profissionais da saúde.

2.2.1 O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), tem sido amplamente difundido e aplicado em diversos países pelos sistemas de saúde (ORRÚ, 2018).

Em 1952, foi lançada sua primeira versão, o DSM-I, em que o TEA aparecia como uma “reação esquizofrênica do tipo infantil”, incorporado como uma manifestação em crianças com psicose (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952).

No DSM-II, publicado em 1968, foi retirado o termo “reação” passando a classificar o autismo como “esquizofrenia do tipo infantil”, compreendendo-o como um sintoma próprio da esquizofrenia de aparecimento precoce (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968).

Apenas em 1980, no DSM-III, o autismo foi reconhecido e categorizado como “autismo infantil” em uma nova classe de transtornos, os chamados Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Desta forma, os critérios diagnósticos mostraram-se mais particularizados e regulamentados. Revisões e correções foram promovidas levando à publicação do DSM-III-R em 1987, em que passou a ser nomeado como “Transtorno Autístico” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980; 1987).

Já, a partir do DSM-IV (1994) e do DSM-IV-TR (2002), passa-se a considerar uma tríade de critérios diagnósticos, sendo eles:

Quadro 1 - Tríade de critérios para o diagnóstico de autismo.

| | |
|--|---|
| 1. Marcante lesão na interação social, manifestada por pelo menos dois dos seguintes itens: | |
| a | Destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interação social. |
| b | Dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento. |
| c | Falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: dificuldades em mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse. |
| d | Ausência de reciprocidade social ou emocional. |
| 2. Marcante lesão na comunicação, manifestada por pelo menos um dos seguintes itens: | |
| a | Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas. |
| b | Em indivíduos com fala normal, destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas. |
| c | Ausência de ações variadas, espontâneas e imaginárias ou ações de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento. |
| A. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes itens: | |
| a | Obsessão por um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse que seja anormal tanto em intensidade quanto em foco. |
| b | Fidelidade aparentemente inflexível a rotinas ou rituais não funcionais específicos. |
| c | Hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos. |
| d | Obsessão por partes de objetos. |
| B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: | |
| 1 | Interação social. |
| 2 | Linguagem usada na comunicação social. |
| 3 | Ação simbólica ou imaginária. |
| C. O transtorno não é melhor classificado como transtorno de Rett ou doença degenerativa infantil. | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Com essas novas edições, modificou-se também o termo “global” para “invasivo”, sendo que a escolha do termo “Transtornos Invasivos de Desenvolvimento” (TID) faz referência ao fato da condição afetar múltiplas áreas de funcionamento.

A quarta versão do DSM também traz algumas subcategorias englobadas nos TID, sendo elas: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI), Transtorno de Asperger e Transtorno Global Não-Especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; 2002).

Essas subcategorias do TID, por sua vez, podem ser relacionadas ao diagnóstico de TEA. O Transtorno de Rett é uma desordem do desenvolvimento neurológico que acomete quase exclusivamente pessoas do sexo feminino. A criança aparentemente é típica ao nascimento e por volta de um ano de vida apresenta diminuição do crescimento craniano. Além da perda de habilidades psicomotoras e de linguagem já adquiridas, apresenta falta de interesse nas pessoas, desenvolvimento de estereotípias, de transtornos convulsivos, problemas posturais e sintomas respiratórios (HERNÁNDEZ-FLÓREZ; CONTRERAS-GARCÍA, 2018).

O Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) é uma condição rara. De modo geral, as crianças com TDI apresentam desenvolvimento típico, andam, falam, se relacionam socialmente e desenvolvem treinamento esfinteriano, mas por volta dos três ou quatro anos de idade há uma regressão das habilidades previamente adquiridas, além do surgimento de comportamentos atípicos, como estereotípias e ausência de interesse no outro (VOLKMAR; WIESNER, 2018).

Já, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Global Não-Especificado tem relação aos sintomas e critérios estabelecidos para o diagnóstico do TEA, apresentados acima na tabela 1. O Transtorno de Asperger tem como característica o prejuízo qualitativo da interação social, comunicação, interesses e padrões de comportamento restritos, mas sem a presença de alterações significativas na linguagem, desenvolvimento cognitivo, neuropsicomotor e nas habilidades de autocuidado (ORRÚ, 2018). O Transtorno Global Não-Especificado, por sua vez, conhecido também como autismo atípico ou transtorno pervasivo do desenvolvimento, é geralmente aplicado ao grupo de pessoas que apresenta características de autismo, mas não se encaixam na descrição de maneira a preencher todos os critérios (VOLKMAR; WIESNER, 2018).

Pode-se dizer que o DSM-IV engloba nos TID diferentes quadros, considerando suas semelhanças entre si, entretanto, ressalta-se que cada uma das subcategorias apresenta particularidades manifestações clínicas únicas, o que possivelmente foi observado e revisado, gerando posterior modificação da classificação no manual.

No DSM-V, publicado em 2013, são realizadas alterações em que há uma substituição dos TID por uma categoria única intitulada “Transtornos do Espectro do Autismo” (TEA), que traz a ideia de um espectro de manifestações, indicando que pode ocorrer variação nos sintomas apresentados. Sendo assim, pessoas anteriormente diagnosticadas com “Transtorno Autista”, “Transtorno de Asperger” e “Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação” estão agora englobados no TEA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Já o Transtorno de Rett e TDI não se encontram mais na mesma categoria como no DSM-IV, possivelmente, por apresentarem características que se diferem daquelas do espectro, como apresentado na tabela abaixo.

Quadro 2 - Modificados dos quadros diagnósticos no DSM-IV e DSM-V.

| | |
|--------|---|
| DSM-IV | <p style="text-align: center;">Transtornos invasivos do desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transtorno Autista • TGD sem Outra Especificação • Transtorno Desintegrativo da Infância • Transtorno de Rett • Transtorno de Asperger |
| DSM-V | <p style="text-align: center;">Transtorno do Espectro Autista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especificar se: Associado a alguma condição médica, ou à genética conhecida, ou a fator ambiental; associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental; • Especificar a gravidade atual para Critério A e Critério B: Exigindo apoio muito substancial, exigindo apoio substancial, exigindo apoio; • Especificar se: Com ou sem comprometimento intelectual concomitante, com ou sem comprometimento da linguagem concomitante, com catatonia (usar o código adicional). |

Fonte: Dados da pesquisa.

O autismo passa, então, a ser chamado de Transtorno do Espectro Autista (TEA), compreendido na quinta edição do manual como um transtorno do neurodesenvolvimento em que o diagnóstico é essencialmente clínico, realizado através da observação do comportamento. Esta modificação converte o TEA em um dos principais diagnósticos infantis estabelecidos pela psiquiatria.

O DSM-V estabelece os critérios a seguir para diagnóstico do TEA:

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para o TEA segundo o DSM-V.

| |
|---|
| <p><i>A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia:</i></p> |
| <p>1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar, ou responder a interações sociais.</p> <p>2. Déficits nos comportamentos comunicativos não- verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não- verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e à linguagem corporal ou a déficits na compreensão e ao uso gestos, na ausência total de expressões faciais e na comunicação não- verbal.</p> <p>3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas, ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.</p> |
| <p><i>B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia:</i></p> |
| <p>1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).</p> <p>2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou a padrões ritualizados de comportamento verbal ou não- verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, a dificuldades com transições, a padrões rígidos de pensamento, a rituais de saudação, à necessidade de fazer o mesmo caminho, ou a ingerir os mesmos alimentos diariamente).</p> <p>3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a, ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).</p> <p>4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou ao interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou a texturas específicas, cheirar, ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).</p> |
| <p><i>C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).</i></p> |
| <p><i>D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.</i></p> |
| <p><i>E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento.</i></p> <p><i>Sendo que para o diagnóstico de comorbidade entre deficiência intelectual e TEA, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível do desenvolvimento.</i></p> |

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos sintomas elencados nos itens A e B, o diagnóstico da gravidade está baseado em prejuízos na comunicação social, em padrões de comportamento restritos e repetitivos e no nível de exigência de apoio requerida pelo sujeito. Para isso, o DSM-V categoriza a gravidade em três níveis:

- *Nível 1 “Exigindo apoio” (Leve)*: Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Em relação ao comportamento, à inflexibilidade com a rotina, na dificuldade de organização e no planejamento podem influenciar no funcionamento e dificultar a independência. Os sintomas estão presentes em um ou mais contextos.
- *Nível 2 “Exigindo apoio substancial” (Moderado)*: Déficit graves nas habilidades de comunicação social verbal e não-verbal e prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio. Em relação ao comportamento, observa-se em uma variedade de contextos a presença de comportamentos restritos/repetitivos e sofrimento e/ou dificuldade em lidar com mudanças de foco ou ações.
- *Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial” (Severo)*: Déficit graves nas habilidades de comunicação social verbal e não-verbal causam prejuízos graves de funcionamento. Em relação ao comportamento, observa-se a presença de dificuldade extrema em lidar com mudanças, ou outros comportamentos restritivos/repetitivos, que interferem acentuadamente em todas as esferas.

O DSM-V traz ainda a necessidade de especificação caso o diagnóstico de TEA venha acompanhado de comprometimento intelectual e de linguagem, ou ainda, associado a alguma condição médica, genética, fator ambiental ou outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental. Além disso, observa a necessidade de informações acerca das características, prevalência, desenvolvimento, fatores de risco e prognóstico, questões diagnósticas ligadas à cultura e gênero, consequências funcionais, diagnóstico diferencial e comorbidades (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

É importante ressaltar que o DSM-V enfatiza que o TEA pode estar associado a outras “comorbidades”. Acerca dessa discussão, é importante abordar a análise realizada por Silva e Lucero (2021, p. 3000), em que as autoras apontam que:

[...] caso a concepção de desenvolvimento inclua, de modo integrado, diferentes dimensões da experiência humana, é possível compreender, por exemplo, que a condição autista pode apresentar-se como uma forma particular de apreensão da realidade, o que, necessariamente, pode refletir uma cognição idiossincrática e, por vezes, incidir em maior agitação. Dito de outra forma, não se trataria de comorbidade, mas sim de uma maneira singular de estar no mundo, como um autista, por exemplo, o que implica em incidências específicas na linguagem, na cognição, na motricidade, etc.

Sobretudo, chama-se atenção para a separação de transtornos de linguagem do diagnóstico de TEA, sendo que, nesse cenário, são compreendidos como transtornos distintos e com direito a CID específico. Porém, as dificuldades relativas à linguagem, à comunicação e à socialização estão dentre os critérios estabelecidos pelo manual para que se concretize o diagnóstico. Sendo assim, questiona-se: não seria mais coerente considerar dificuldades linguísticas como manifestações de causa subjacentes às próprias características do quadro de TEA, inclusive ocupando um lugar de destaque dentre os critérios diagnósticos? O fato é que, o modo de como são discutidos os sintomas, a linguagem tem sido considerada como separada da comunicação e interação social.

Dando continuidade à descrição das modificações realizadas, é possível observar que o DSM-V trouxe uma compreensão diferente do quadro e uma abrangência dos critérios considerados para o diagnóstico, uma vez que a versão atual não indica uma quantidade de características a serem preenchidas ou o início dos sintomas antes dos três anos, como observado na versão anterior. Além disso, a tríade de critérios se transforma em díade, potencializando, assim, a chance do diagnóstico, uma vez que sujeitos que anteriormente não se enquadrariam nos critérios, atualmente, passam a se enquadrar.

Nesse sentido, Celeri (2018) ressalta que a mudança pode impactar positivamente no processo de diagnóstico, uma vez que se considera a possibilidades de que alguns sintomas podem estar presentes em dado momento e em outro não, uma vez que a intervenção, o desenvolvimento e as demandas sociais se modificam com o passar do tempo e podem influenciar na apresentação dos sintomas e nível de suporte requerido ao longo da vida.

Diante do exposto, observam-se que as modificações presentes na quinta edição do DSM geram discussões e trazem opiniões distintas sobre o tema e que as discussões levantadas podem se transformar em um aprimoramento do manual em versões posteriores.

Na sequência, serão apresentadas a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), uma tentativa de aproximação maior entre as alterações do neurodesenvolvimento e a interação social do sujeito.

2.2.2 Classificação Internacional de Doenças (CID) e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

O termo “autismo” passou a ser utilizado pela Classificação Internacional de Doenças (CID-9) em 1975, em que era concebido como uma desorganização da personalidade no quadro das psicoses (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1975).

A CID-10, lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993, compreende o autismo dentro da classificação dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Para realização do diagnóstico, são consideradas algumas características, sendo elas: anormalidades qualitativas na interação social recíproca e nos padrões de comunicação, repertório de interesse e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas. Essas dificuldades referentes ao desenvolvimento global devem acarretar prejuízos severos ou incapacitantes, que podem variar de uma pessoa para outra. Agrupam-se nos TGD os seguintes diagnósticos: Autismo Infantil, Autismo Atípico, Transtorno Desintegrativo da Infância (síndrome de Heller), Síndrome de Rett, Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros TGD e TGD sem Outra Especificação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Na revisão efetuada em 2018 para a CID-11, o quadro também é nomeado como Transtorno do Espectro Autista, correspondendo às mudanças ocorridas na nomenclatura do DSM-V. Porém, até o momento ela não foi publicada. Observam-se as modificações sofridas na CID na tabela abaixo:

Quadro 4 - Modificações quanto à classificação do diagnóstico segundo o CID.

| | |
|------------------|---|
| CID-10 (F84) | Transtornos globais do desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Autismo infantil; • Autismo atípico; • Síndrome de Rett; • Outro transtorno desintegrativo da infância; • Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados; • Síndrome de Asperger; • Outros transtornos globais do desenvolvimento; • Transtornos globais não especificados do desenvolvimento. |
| CID-11 (6A02) | <p style="text-align: center;">Transtorno do Espectro do Autismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; • Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; • Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; • Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; • Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional; • Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional; • Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado; • Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado. |

Fonte: Dados da pesquisa.

Além da CID, outro instrumento vem sendo utilizado de maneira complementar à avaliação e a auxiliar na construção do planejamento terapêutico: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Como aponta Farias e Buchalla (2005, p. 187), a CIF:

[...] substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. A CIF representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social.

A CIF é uma ferramenta útil para compreender as condições de funcionalidade das pessoas, associadas ou não a alguma doença, assim como identificar fatores ambientais e pessoais que favorecem suas atividades. Inclui uma perspectiva social e ambiental que o modelo biomédico não abarcava, contemplando fatores como: atividades de vida diária, funcionalidade, participação social, estrutura morfológica e o ambiente de inserção do sujeito (MICCAS; VITAL; D'ANTINO, 2014).

É importante ressaltar que o conceito, descrição e apresentação do TEA vêm sofrendo modificações nos manuais diagnósticos ao longo dos anos, tendo em vista que de alguma forma são geradas implicações sociais por conta dessa modificação. Uma dessas modificações é a ênfase do CID-11 dos sintomas que se baseiam na identificação no uso da “linguagem funcional” ausente, com comprometimento leve ou prejudicado em maior grau. Esse termo levanta algumas questões importantes: Existe uma linguagem que não seja funcional? Que critérios são considerados para definir a funcionalidade da linguagem dos sujeitos?

De acordo com Neves (1994, p. 109), a perspectiva funcionalista está relacionada com a compreensão da língua como entidade não autossuficiente, vista como um fenômeno social, investigada através da produção de significados, de diferentes formas e com diferentes funções a depender do contexto. O autor explica:

[...] qualquer abordagem funcionalista de uma língua natural, na verdade, tem como questão básica de interesse, a verificação de como se obtém a comunicação com essa língua, isto é, a verificação de como os usuários da língua se comunicam eficientemente.

Portanto, de acordo com essa abordagem, a linguagem funcional estaria ligada à eficiência do uso da língua nos contextos sociais. Dessa forma, observa-se que a “linguagem funcional” estaria relacionada ao processo de significação realizado pelo interlocutor nas situações de interação, o que a tornaria funcional por cumprir seu “objetivo”, por assim dizer.

Ressalte-se aqui que, os sujeitos com TEA, por muito tempo, não puderam ser considerados autônomos na criação do próprio dizer, sendo que a fala, por vezes, é a única forma de interação valorizada. A dificuldade de fala e/ou de interação também dificulta a ocupação desse lugar de falante, de interlocutor que, embora muitas vezes, coloque-se na interação através do gesto, das vocalizações, expressões faciais e corporais, ou mesmo da utilização de prancha de comunicação, não é considerado.

Apesar de existir um comprometimento linguístico, sabe-se que existe um sujeito que faz uso da linguagem e interage com a realidade que o cerca. Nesse sentido, Barros (2020) defende uma concepção multimodal da linguagem e expõe que, durante o processo enunciativo, o interlocutor reconhece o sujeito a partir dos elementos linguísticos, somados também aos corporais e gestuais. Assim, até mesmo a estereotipia no sujeito com TEA, sendo ela vocal ou motora, é dotada de sentido e significado, de acordo com o contexto em que surgem.

Segundo Amorim (2015, p. 9-10), a mudança terminológica já vem marcando uma mudança também conceitual. Nos estudos da Neurolinguística Discursiva, a autora apresenta algumas dessas mudanças:

(i) paciente por sujeito, uma vez que tanto as teorias linguísticas quanto as teorias neuropsicológicas que orientam nossas pesquisas são sócio- histórico-culturais e privilegiam um indivíduo que trabalha ativamente na constituição do sistema da língua (BAKHTIN, 2006; FRANCHI, 1977) e de um indivíduo que busca um estado de equilíbrio entre saúde e doença (CANGUILHEM, 1995; SACKS, 1997);

(ii) déficit/distúrbio por dificuldade/alteração, por entendermos que a produção dos sujeitos já se constitui como uma possibilidade de reorganização. Os enunciados assim, não são entendidos como reflexo direto daquilo que porventura esteja alterado, mas como uma possibilidade alternativa que revela o trabalho dos sujeitos sobre o que está preservado.

Pensar nessas questões relacionadas ao estudo sobre TEA, implica discutir mudanças na definição e na caracterização do que seriam as dificuldades e os sintomas autísticos perpassam aspectos históricos e culturais, os quais influenciam de certa forma também no modo como a sociedade se apropria dos estudos desenvolvidos. Isso, pois, como se pode ver a partir do exposto acima, muitas das pesquisas iniciais foram desenvolvidas em um contexto anterior e

durante a Segunda Guerra Mundial. A partir disso, muitos aspectos considerados sinais e sintomas autísticos foram revestidos por muito tempo por um viés eugenista⁴.

É visível que atualmente muito tem se falado em relação ao quadro de TEA, o que possibilitou uma maior visibilidade social, maior acesso à informação, ao desenvolvimento de pesquisas, ao aprimoramento dos métodos de intervenção e, sobretudo, permitiu que sujeitos encontrassem no quadro uma significação para as próprias características ou mesmo do filho, aluno, cônjuge, que antes não tinham “explicação” (CAPONI, 2021). Porém, chama-se atenção para o discurso depreciativo e, por vezes, destrutivo que envolve o quadro de TEA, discurso esse, voltado unicamente para a “deficiência”, “problema”, “transtorno”, “falta”, sem considerar as individualidades e a influência do contexto social na constituição do sujeito. O que reflete a busca pela homogeneização, marcando e estigmatizando socialmente os sujeitos (DE SOUZA VILELA, 2016).

Desse modo, observa-se que a lógica medicalizante⁵ tem classificado e excluído sujeitos que não se enquadram em um padrão pré-estabelecido e determinado como “normal”, “adequado”, “adaptado” e “ajustado”. Assim, observam-se apenas as “falhas”, negligenciando as potencialidades e outros modos de superar as dificuldades que o sujeito manifeste (RIBEIRO; VIEGAS, 2016).

Pode-se dizer, assim, que esse viés medicalizante possui uma base histórica, uma vez que o quadro de TEA era inicialmente associado a doenças mentais, tal como a esquizofrenia, uma condição psiquiátrica (RODRIGUES; ANGELUCCI, 2018). Entende-se que isso pode, de alguma maneira, repercutir até os dias de hoje na compreensão do quadro e das reais necessidades da pessoa com TEA, no que se refere à avaliação e à intervenção terapêutica.

Ressalta-se que não se nega a existência das dificuldades, a presença dos sintomas autísticos, ou a importância do diagnóstico e intervenção. Mas, chama-se a atenção para o olhar medicalizante, colocando o autista em um lugar de inadequação, atribuindo-lhe limitações, negando a subjetividade que envolve o desenvolvimento humano. O que demonstra uma emergente necessidade de desconstrução da imagem do sujeito como incapaz e, sobretudo, a

⁴ O eugenismo indica a convicção utópica de que é possível criar uma espécie humana, afastando os “genes ruins”, resultando num melhoramento e afastamento de qualquer mal ou sofrimento (FRANKENBERG; DODDS, ARCHER; SHAPIRO; BRESNICK, 1990).

⁵ O conceito de medicalização vem sendo bastante discutido nos últimos anos. De acordo com Lobô (2019, p. 88), “[m]edicalizar é olhar a vida sob a ótica da doença, é definir o outro a partir da sua falta, não a partir do seu potencial”. Assim, a medicalização representa um tema de bastante relevância principalmente no contexto atual com a massiva produção de diagnósticos e patologização da vida, uma vez que, nessa visão pautada em uma concepção biologizante, comportamentos naturais da atividade humana são considerados desviantes e devem ser remediados.

naturalização da diferença e geração de estratégias que visem incluir e acolher todas as formas de ser e estar no mundo.

2.2.3 Autismo Virtual: uma proliferação de sintomas no século XXI?

No século XXI, o termo “autismo virtual” foi cunhado pelo psicólogo clínico romeno Marius Teodor Zamfir, em sua pesquisa publicada no ano de 2018. A pesquisa foi desenvolvida com 62 crianças diagnosticadas entre 2012 e 2017 em dois centros de reabilitação na Romênia. O psicólogo buscava relacionar o crescente número de casos ao excessivo uso de telas. O resultado do estudo sugeriu que a privação sensório-motora e socioafetiva causada pelo uso de mais de quatro horas por dia de ambiente virtual pode ativar comportamentos e elementos semelhantes aos encontrados em crianças com diagnóstico de TEA. Assim, Zamfir (2018, p. 953) definiu o “autismo virtual” como:

Uma desordem da funcionalidade e desenvolvimento das crianças, devido ao uso excessivo de ambiente virtual nos primeiros anos de vida, semelhante ao distúrbio autístico, atende aos critérios diagnósticos descritos em manuais especiais DSM-IV, assim como o CID 10. A principal diferença entre os dois tipos de transtornos é a relação direta entre o diagnóstico do autismo e ao uso excessivo do ambiente virtual, como um gatilho.

Dessa forma, o termo passa a ser utilizado para se referir a crianças que apresentam características que atendem aos critérios considerados pelos manuais diagnósticos, mas que, teoricamente, seriam desencadeadas pelo uso excessivo de telas. Nesse contexto, o quadro seria reversível, diferente do quadro de TEA.

O artigo de Peixoto, Cassel e Bredemeier (2020), realizado através de revisão bibliográfica, apresentou e discutiu as possíveis implicações neuropsicológicas do uso de telas na infância e na adolescência. O estudo mostrou que o uso reduz a socialização, a interação e o convívio diário entre familiares e filhos, além de impactar em funções neuropsicológicas, como a atenção, a memória, a linguagem, as funções executivas e os prejuízos nos aspectos sociais. O uso de dispositivos eletrônicos também pode causar dependência. Vê-se, aqui, novamente, que o “autismo virtual” está ligado também às questões linguístico-cognitivas e não apenas ao comportamento ou à linguagem, vistos de forma fragmentada.

A esse respeito, a OMS (2019) divulgou recomendações sugerindo que crianças até cinco anos de idade não devem passar mais de 60 minutos em frente às telas e que o uso deve ser totalmente restrito para crianças de até um ano.

É importante salientar que o desenvolvimento infantil requer mais interação do que aquelas fornecidas pelo estímulo visual das telas. Porém, apesar das ressalvas sobre o uso excessivo, é no mínimo discutível a escolha do termo escolhido para se referir às dificuldades apresentadas pelos usuários, uma vez que o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento, uma condição que não possui cura, diferente do dito “autismo virtual”. O que pode causar confusão tanto aos familiares, quanto aos profissionais, influenciando no processo de diagnóstico e de intervenção.

Diante do exposto, ao que parece está havendo um processo de banalização do uso do termo para se referir a dificuldades apresentadas ao longo do desenvolvimento infantil.

É interessante perceber, historicamente, que não apenas a questão terminológica, mas também, conceitual do TEA, vem se modificando com o passar do tempo. Desde as primeiras descrições, concebendo a condição como psicopatia e esquizofrenia, até o momento atual descrito como um sintoma, no caso do “autismo virtual”.

Vejamos a seguir como esses conceitos foram considerados e legitimados nos manuais diagnósticos.

2.3 CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO

Neste capítulo, foi possível estabelecer um panorama ao leitor acerca da caracterização do TEA, desde as primeiras descrições até a atualidade, presentes no DSM, na CID e na CIF.

Os principais elementos pontuados se relacionam a como a linguagem e a interação foram discursivizadas ao longo da história. Percebe-se que, nesse contexto, a linguagem é vista somente como a materialização da fala, excluindo-se estereotípias vocais e gestuais como parte integrante da linguagem. Portanto, que os aspectos não-verbais são marginalizados e repercutem no discurso em torno da linguagem até os dias atuais.

A interação aparentemente é vista na reciprocidade social, contudo, ainda há lacunas no que é considerado interação. Também, é possível observar que as formas de significação da interação e a mediação da linguagem na interação são pouco exploradas.

Ressalta-se que o desenvolvimento humano é marcado não apenas pelo processo biológico, mas também, pelo aspecto histórico-cultural. Assim sendo, pensar a linguagem e a interação e a constituição do sujeito a partir do outro significa ampliar o olhar sobre o sujeito com TEA, buscando compreender e significar as manifestações linguísticas, independente da modalidade em que forem expressas.

Os manuais trazem a possibilidade do diagnóstico de Transtornos de Linguagem associados à condição, assim como, outras diversas dificuldades e alterações, sendo produzida uma massiva quantidade de diagnósticos. Nesse contexto, algumas questões foram levantadas: As dificuldades de linguagem seriam um diagnóstico subjacente ao TEA? Ou seriam uma característica própria do quadro?

Compreende-se, no presente estudo, que a identificação, a avaliação, o diagnóstico e a intervenção, devem, necessariamente, ter uma visão que dê conta da complexidade da relação entre sujeito, linguagem, interação e sintoma. Considerando as dificuldades inerentes ao próprio quadro, desconstruindo, assim, a visão do sujeito como “incapaz” de se apropriar da linguagem e se desenvolver, ressignificando o quadro e dando luz as potencialidades dos sujeitos.

3 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DO TEA

É sabido que o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) vem se popularizando nos últimos anos, sendo que diversas pesquisas científicas apontam um aumento significativo na prevalência do quadro (COUTINHO; BOSSO, 2015; DOS SANTOS JUNIOR, 2018). Nesse sentido, o assunto gera controvérsia e tem ganhado espaço, inclusive, em veículos populares, como revistas e jornais (Revistas VEJA⁶; CRESCER⁷; G1⁸). Alguns questionamentos surgem nesse contexto: Seria uma epidemia de casos de TEA? Ou uma epidemia de diagnósticos? Outro aspecto que merece destaque no tocante ao TEA é sua etiologia, até o momento desconhecida. Embora se admita a relação multifatorial, ainda existem diversas hipóteses que buscam explicar os possíveis fatores envolvidos (VOLKMAR; WIESNER, 2018; SCHMIDT, 2014). O que de fato determina se um sujeito será, ou não autista? Essa é ainda uma questão sem resposta definitiva.

Neste capítulo, se discorrerá acerca da etiologia e prevalência do TEA. Será apresentado ao leitor as hipóteses que existem acerca da etiologia e uma análise crítica a partir das discussões empreendidas. A epidemiologia será apresentada a partir de pesquisas internacionais e breves pesquisas nacionais.

3.1 CAUSAS DO AUTISMO

Até a década de 1980, compreendia-se o TEA como um transtorno causado por fatores psicossociais, focando-se, principalmente, na culpabilidade das famílias. Muitas hipóteses foram levantadas ao longo dos anos, entre elas: transtornos psicológicos, disfunções cerebrais, modificações de neurotransmissores, aspectos ambientais e alterações genéticas (ORRÚ, 2018).

Apesar do avanço nas pesquisas, até o momento, a etiologia permanece desconhecida, pois não há, ainda, marcadores biológicos que permitam o diagnóstico, sendo este, portanto,

⁶ A Revista Veja possui uma sessão de notícias acerca do TEA. Para mais detalhes, consulte o link: <https://veja.abril.com.br/noticias-sobre/autismo/>

⁷ Exemplo de notícia veiculada pela Revista Crescer: <https://revistacrescer.globo.com/Saude/noticia/2021/10/estudo-identifica-genes-que-podem-estar-ligados-ao-autismo.html>

⁸ Exemplo de notícia veiculada pelo Portal de Notícias G1: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/02/16/autismo-as-descobertas-recentes-que-ajudam-a-derrubar-mitos-sobre-o-transtorno.ghtml>

essencialmente clínico e baseado na observação do comportamento e entrevista com familiares e cuidadores (CAETANO et al., 2015).

Mesmo sem definir de maneira precisa uma causa para o TEA, podemos enumerar alguns fatores que parecem contribuir para o desenvolvimento dessa condição. Nas décadas de 1960 e 1970, pesquisadores começaram a desenvolver estudos acerca da etiologia e acumular evidências mostrando que o TEA é uma condição de base cerebral, ligada a fatores genéticos e ambientais. Portanto, em resumo, pode-se afirmar uma influência multifatorial (VOLKMAR; WIESNER, 2018).

Atualmente, separa-se o TEA em dois grandes grupos: i) de causa idiopática e; ii) de causa secundária.

O TEA de causa idiopática, chamado também de não síndrômico ou primário, é compatível com os quadros em que não são observadas características físicas associadas. O diagnóstico é estabelecido a partir da observação de alterações puramente comportamentais, correspondendo entre 85 a 95% dos casos. É frequentemente associado a fatores de ordem ambiental e costuma-se observar alterações comportamentais nos familiares, mesmo que em menor intensidade, tais como: rigidez, pouco interesse em novidades e atividades, perfeccionismo, retraimento social e dificuldades comunicativo-pragmáticas (SCHMIDT, 2014; COUTINHO; BOSSO, 2015; ENDRES et.al., 2015).

Já, o TEA de causa secundária, também conhecido como síndrômico, possui, para além das características comportamentais, associação com um quadro mais complexo, uma síndrome genética com fenótipo com alterações mais abrangentes. Mas é importante ressaltar que nem todas as pessoas com síndromes possuem também o quadro de TEA, portanto, não existe ligação direta entre os genes responsáveis pelas síndromes e o quadro especificamente. Nesse caso, os familiares não possuem características, com exceção daqueles que possuem a mesma síndrome (SCHMIDT, 2014; COUTINHO; BOSSO, 2015).

Em seguida, serão apresentadas algumas das teorias presentes na literatura e amplamente discutidas na atualidade.

3.1.1 Teorias Genéticas

O TEA é uma condição bastante complexa e geneticamente heterogênea, o que torna dificultosa a identificação de sua etiologia em cada sujeito e, conseqüentemente, o aconselhamento genético das famílias (GRIESI-OLIVEIRA; SERTIÉ, 2017).

Nos últimos anos, ocorreu um aumento no número de estudos, acredita-se que, por conta do avanço tecnológico e maior acesso a métodos mais sofisticados de investigação. Atualmente, por meio de testes, é possível detectar alterações genéticas em cerca de 25% dos casos. Quando os testes são unidos à avaliação clínica, investigação de história pregressa e outros aspectos fisiológicos torna-se possível atribuir uma etiologia para aproximadamente 30 a 40% dos casos (GRIESI-OLIVEIRA; SERTIÉ, 2017).

O TEA também está presente em estudos com gêmeos monozigóticos e dizigóticos, demonstrando que o risco entre irmãos monozigóticos pode chegar a 96% e dizigóticos a 3%. No entanto, o risco de um irmão não gemelar apresentar o quadro está entre 10 e 20%. Aparentemente, familiares de primeiro grau são mais vulneráveis a uma ampla gama de transtornos neuropsiquiátricos, tais como: fobia social, ansiedade, depressão, dificuldades de aprendizagem, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do déficit de atenção e fenótipo autista amplo⁹ (SCHMIDT, 2014; VOLKMAR; WIESNER, 2018).

Estudos recentes sugerem que uma grande quantidade de genes está associada ao quadro, com um número próximo de uma centena, sobretudo nos cromossomos 2, 6, 7, 16, 17, 18, 22 e X. Entretanto, ainda não é possível afirmar com propriedade que um gene específico está envolvido na patogênese desta condição, uma vez que também há sobreposição genética para casos de Deficiência Intelectual, Síndrome de Tourette, Síndrome do X Frágil, Síndrome de Phelan-Mcdermid, entre outros (SCHMIDT, 2014; VOLKMAR; WIESNER, 2018; LIN, et.al., 2020).

Dessa forma, acredita-se que o mecanismo genético mais provável é a interação de vários genes para a produção do fenótipo, o que explicaria a grande variabilidade de manifestações encontradas no TEA. Outra proposta é o mecanismo de herança multifatorial, poligênico e com efeito limiar – em que seria necessário agregar uma série de fatores de risco para possibilitar a manifestação. Isso explicaria a presença de fenótipo ampliado nos familiares e a maior incidência em meninos – que necessitariam de menos fatores de risco para manifestar o quadro (SCHMIDT, 2014).

Apesar dos consideráveis avanços realizados nas últimas décadas, ainda não existe um teste específico que permita a realização do diagnóstico. Portanto, a abordagem genética tem um caminho longo a percorrer até que se estabeleça de maneira mais concreta o possível “causador”.

⁹ O termo fenótipo ampliado tem sido utilizado para se referir a traços subclínicos que configuram a expressão fenotípica de uma suscetibilidade genética para o desenvolvimento do Transtorno do Espectro Autista (tea) (ENDRES, et.al, 2020).

3.1.2 Teorias Socioambientais

Os fatores ambientais são compreendidos como possíveis insultos ao cérebro sofridos durante o desenvolvimento gestacional, tais como: rubéola materna, encefalites, meningite, uso de drogas, uso de medicamentos abortivos, antidepressivos, má nutrição, febre intensa, consumo de álcool, tabagismo, exposição a agentes poluentes em alta intensidade e pesticidas (TEIXEIRA, 2019; BRUNONI, 2014).

Há também um grande número de relatos relacionados a eventos perinatais na história pregressa de crianças diagnosticadas, por exemplo, com anóxia, prematuridade e baixo peso ao nascer. Além disso, a literatura cita estresse materno e idade avançada da mãe como um possível fator de risco (BRUNONI, 2014).

Hipoteticamente, a exposição do embrião ou feto geneticamente vulnerável explicaria o mecanismo causal, pois seriam produzidas alterações de estruturas cerebrais, fatores imunológicos e bioquímicos, predispondo ou desencadeando o comportamento autista (TEIXEIRA, 2019). Entretanto, ainda não está claro o papel desses fatores no desenvolvimento da condição, fazendo-se necessária a continuidade de estudos que busquem elucidar essa questão para identificar fatores de risco, o que contribuiria para ações de promoção e prevenção e, conseqüentemente, melhorias na assistência ao sujeito com TEA e seus familiares.

3.1.3 Teoria Biológica – Neurônios espelho

Um neurofisiologista e pesquisador italiano, chamado Rizzolatti, descobriu durante um estudo realizado com símios na década de 1990, uma ativação da região pré motora (localizada no lobo frontal) quando os animais realizavam a ação de pegar uma banana. A mesma região também era ativada quando observavam outro macaco ou um humano realizar a mesma atividade, sendo esse mecanismo denominado de neurônio-espelho. Assim, os neurônios-espelho são um tipo de célula cerebral que se ativa mais intensamente durante a observação de cenas sociais dotadas de intencionalidade e conteúdo emocional (GEREMIAS; ABREU; ROMANO, 2017).

Os seres humanos também possuem esse conjunto especializado de células e por conta disso se tem a capacidade de imitar automaticamente ações realizadas por outras pessoas, ou seja, de “refletir” as ações observadas. Isso se mostra bastante importante para o processo de

aquisição da linguagem, capacidade de sentir empatia e desenvolvimento da cognição social (GAIATO, 2018).

Nesse contexto, a falha na ativação dos neurônios-espelho faz parte das hipóteses etiológicas que explicam os sintomas de crianças com autismo, indo ao encontro das dificuldades de imitação, interação social e teoria da mente (MARANHÃO, PIRES, 2017).

3.1.4 Teorias Neuropsicológicas

Na atualidade, muito se tem investigado acerca da relação entre o cérebro e comportamento do sujeito com TEA, principalmente, das características voltadas à linguagem e à comunicação. A partir de estudos direcionados a esse tema, surgiram teorias neuropsicológicas na tentativa de compreender tal relação. A neuropsicologia possibilitou uma visão orgânica e não apenas comportamental do transtorno (PEREIRA; MAIA, 2015; MACHADO, 2019). Estas teorias serão expostas a seguir.

3.1.5 Teoria da Mente

A teoria da mente se relaciona com o conceito de empatia, com a habilidade de compreender, reconhecer e atribuir estados mentais, incluindo crenças, desejos, emoções, pensamentos, voltados a si mesmos e a outras pessoas e, a partir disso, prever e interpretar os comportamentos do outro e suas intenções. Essa habilidade é comandada pelos neurônios-espelho e desempenha um papel significativo no ajuste social das pessoas de modo geral, mostrando-se importante para o convívio e interações em sociedade (GAIATO, 2018).

Um dos estudos mais famosos a esse respeito é o teste “Anne e Sally”, que consiste em mostrar uma situação vivida por duas pessoas com a mesma crença, em que se modifica o contexto quando um dos personagens sai da cena. Assim, a criança tem que deduzir o que a pessoa que saiu pensará ao voltar. Crianças muito pequenas ou crianças com TEA costumam não perceber que a história foi alterada e que o personagem que estava fora de cena perdeu determinados acontecimentos (GAIATO, 2018).

De acordo com Frith e Cohen (2013), o sujeito com TEA apresenta um atraso ou ausência de “teoria da mente” e, portanto, há uma dificuldade em compreender que o outro possui pensamentos, ideias e sentimentos, torna-se extremamente difícil demonstrar empatia, colocar-se na perspectiva do outro e interpretar comportamentos. Frequentemente, o sujeito

com TEA se apoia naquilo que é explícito e verbal, deixando de considerar sutilezas essenciais à interação humana. Apesar disso, é necessário ressaltar que nem todos os autistas apresentam prejuízos severos dessa habilidade (CAETANO et al., 2015).

3.1.6 Alterações das Funções Executivas

As Funções Executivas (FE) são compreendidas como um conjunto de processos cognitivos e metacognitivos que possibilitam a autorregulação do comportamento diante das demandas ambientais e o processamento mental de informações (MARANHÃO; PIRES, 2017).

Segundo o modelo proposto por Miyake et.al. (2000), as funções executivas podem ser organizadas em: funções executivas principais (flexibilidade cognitiva, controle inibitório e memória de trabalho) e funções executivas principais complexas (resolução de problemas, raciocínio e planejamento).

Características encontradas em sujeitos com TEA, como: inflexibilidade, perseveração, foco nos detalhes, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e dificuldades no brincar, poderiam ser explicadas por um comprometimento funcional no lobo frontal e, conseqüentemente, nas funções executivas. Isso ocorreria pelo fato de que elas abrangem uma série de processos comportamentais complexos que possibilitam ao sujeito ter autonomia e independência na realização de atividades que envolvem diferentes habilidades (GAIATO, 2018).

3.1.7 Teoria da Coerência Central

A coerência central remete a uma habilidade do sistema cognitivo de unir diversas informações em um “todo” coerente. Essa habilidade “fraca” pode ter relação com o foco em detalhes, insistência com a manutenção de uma mesma rotina, obsessões, além de prejuízo da identificação de pistas não verbais em contextos de duplo sentido, em que possivelmente se perde informações sutis que poderiam indicar o real sentido da mensagem, levando a uma interpretação literal.

A Teoria da Coerência Central se relaciona com a tendência a um processamento de informações focado nos detalhes. Essa teoria, de alguma forma, pode contribuir para que se possa compreender e explicar a origem de uma maior facilidade em determinadas atividades em comparação com pessoas típicas, como: encontrar figuras ocultas ou montar quebra-cabeças

que não formem uma figura definida (ISHIHARA; TAMANAHA; PERISSINOTO, 2016; FRIZZARINI; CARGNIN, 2019).

3.1.8 Teoria Psicanalítica

De acordo com os primeiros estudos psicanalíticos, existiria uma “falha” no processo de constituição psíquica do sujeito, gerando uma espécie de “disfunção” em relação à linguagem (de Azevedo e Nicolau, 2017, o que impediria de criar uma relação com o outro e passar pelas etapas e alienação e separação.

Ao encontro dessa reflexão, Golçalves e colaboradores (2017, p. 174), comentam que:

“... para a psicanálise a causa do autismo está além dos aspectos de um modelo de registro orgânico ou psicogênico, ou de falhas na interação com o ambiente, mas na causalidade significante produzida pela linguagem.”

O tempo da alienação pode ser entendido como o tempo em que a mãe "empresta" ao seu bebê uma imagem própria, um desejo, um significante, um lugar discursivo. É o momento em que a criança é falada, é desejada, em que é aquilo que desejam que ela seja, e a isto ela responde. O momento seguinte, o da separação, é o do deslocamento das marcas maternas e da possibilidade de impressão de outras marcas, a paterna, por exemplo. (LACAN, 1964).

Entre os anos de 1970 e 1990 as hipóteses causais baseiam-se principalmente: Em uma possível incapacidade do bebê em encontrar um objeto materno que signifique as experiências vivenciadas por ele, sugerindo que no caso de crianças com TEA o processo de separação ocorreria precocemente, o que as levaria a se fechar como forma de proteção (TAFURI; SAFRA, 2008; TUSTIN, 1981/1984; ROSENBERG, 2011).

Iniciou-se em meados de 1980 um movimento antipsicanalítico, que atingiu seu auge em 2012, colocando em pauta a cientificidade da abordagem psicanalítica (Menéndez, 2012).

Acerca do tema, Jerusalinsky (1984), já fomentava discussões sobre teorias com foco na culpabilização dos pais, sobretudo da mãe. E conseqüentemente gerando críticas aos aspectos afetivos, de cuidado e modo de criação dos filhos.

Gonçalves e colaboradores (2017), em seu artigo intitulado “Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura”, demonstram um cenário diferente de meados de 1980. Concluindo por meio de revisão, que com o desenvolvimento de pesquisas científicas, os estudos psicanalíticos passaram a considerar aspectos multicausais relacionados ao TEA.

Teoria atualmente mais aceita no tocante do quadro, o que sugere a desconstrução da visão reducionista focada na culpabilização dos pais.

3.1.9 Teoria da “Mãe Geladeira”

As primeiras hipóteses que buscavam explicar a etiologia do TEA partiam de teorias psicogênicas, acompanhadas de um olhar reducionista de causa-efeito, realizando uma relação entre negligência parental e o quadro. Então, de modo geral, era definido como um “distúrbio afetivo”, gerado por conta de um ambiente familiar “inadequado” e “doente”. Focalizava-se, principalmente, na culpabilidade da mãe, vista como “rígida”, “fria”, “perfeccionista” e “pouco amorosa”, surgindo daí a expressão “mãe geladeira” (CASTELA, 2013).

Com o passar dos anos e o acúmulo de evidências científicas, contrárias a essa ideia, tal hipótese não conseguiu se sustentar. Mas, atualmente, não é raro que profissionais permaneçam culpabilizando as mães pelas dificuldades apresentadas por seus filhos. Embora não se apontem mais questões ligadas à afetividade, muito se critica a dificuldade de aceitação do diagnóstico, da busca por intervenções medicamentosas e da suposta comparação entre filhos, por exemplo (COLKER, 2015).

3.1.10 A Polêmica do mercúrio nas vacinas

Uma hipótese levantada pelo médico inglês Wakefield, um especialista em gastroenterologia pediátrica, foi a relação entre TEA e a vacina tríplice viral – aplicada como prevenção a rubéola, caxumba e sarampo. Posteriormente, seu artigo publicado na revista britânica *The Lancet* foi desqualificado pela comunidade científica internacional e sua licença profissional foi cassada (TEIXEIRA, 2020). Contudo, ainda existe grande controvérsia a esse respeito.

O artigo de Wakefield (1999) provocou a sociedade a pensar e estudar mais sobre os possíveis efeitos indesejáveis, teoricamente causados em razão da presença de “timerosal” (mercúrio na forma orgânica) nas vacinas. O mercúrio, dentre outros metais pesados, é nocivo à saúde, podendo ocasionar distúrbios neurológicos, doenças imunológicas, bronquiolite química aguda, pneumonite, fibrose pulmonar, e enfermidades cutâneas (ORRÚ, 2018; GARCÍA-FERNÁNDEZ et al., 2013).

Desde então, diversos estudos foram conduzidos sobre essa temática, em decorrência da polêmica gerada em torno da vacinação. Algumas pesquisas apontam semelhanças entre sintomas apresentados por crianças com TEA, as adversidades causadas pela intoxicação por mercúrio e maior incidência do quadro desde que o timerosal passou a ser utilizado nas vacinas; outros relatam que não existe tal associação. Mas na realidade não houve melhora na qualidade e confiabilidade dos estudos epidemiológicos a esse respeito, uma vez que as pesquisas atuais continuam apresentando limitações muito próximas das apresentadas desde a primeira publicação, tornando difícil tomar parte nessa discussão (PIRES et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Comitê Consultivo Mundial sobre a segurança das vacinas (GACVS), chegou à conclusão de que não há evidências da toxicidade do timerosal nas vacinas, sendo que foram avaliados lactentes, crianças e adultos expostos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Além disso, a OMS recomenda a vigilância de possíveis eventos pós-vacinais desde o ano de 1991.

No Brasil, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, diretamente articulado com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, garante a qualidade de modo que as taxas de rejeição são inferiores a 1% (BRASIL, 2014).

Algo que se pode afirmar é que a polêmica contribuiu para um movimento antivacina, responsável pelo ressurgimento de doenças infecciosas já erradicadas. Essa é uma problemática bem importante de saúde pública, gerada pela falta de informação ou disseminação de uma informação que nem sequer possui evidência científica confiável até o presente momento (VASCONCELOS-SILVA; CASTIEL; GRIEP, 2015).

3.1.11 A Polêmica dos agrotóxicos/pesticidas e poluentes

A hipótese de que agentes químicos possam ser causadores do TEA é uma temática relativamente recente. Estima-se que existam cerca de 80 mil produtos químicos neurotóxicos, sendo o Brasil o maior consumidor de agrotóxicos e pesticidas do mundo e o sexto maior emissor de gases poluentes na atmosfera (BIGOLIN, 2020).

A pesquisa empreendida por Vaz (2018) identificou que a exposição ao Glifosato, um herbicida produzido e utilizado na Guerra do Vietnã e amplamente utilizado até os dias atuais, ocasiona malformações, alterações genéticas e, dentre elas, possivelmente também o TEA.

A revisão sistemática elaborada por Barbosa et al. (2020) também aponta que a exposição materna a agrotóxicos durante a gestação ou pelo leite após o nascimento pode

induzir a alterações autísticas nas crianças, uma vez que interfere nas sinapses dos neurônios. Posar e Visconti (2017) também apresentam dados de que crianças nascidas em residências de até 1,5 quilômetros de distância de lavouras em que se usam produtos químicos com base em organofosforados, organoclorados, piretróides e carbamatos apresentam 60% de chances de apresentarem TEA. Além disso, a exposição de crianças a poluentes atmosféricos de grandes centros urbanos, proximidades de indústrias e/ou tabagismo passivo apresentam maior incidência do quadro autístico. Os poluentes atmosféricos ligados a alterações autísticas no peri, pré e pós parto envolvem maior concentração de ozônio, material particulado (partículas de diesel, chumbo, manganês, níquel, cádmio, entre outros), óxido nítrico, monóxido de carbono, dióxido de nitrogênio e dióxido de enxofre no ar ambiente (POSAR; VISCONTI, 2020).

Por fim, ainda há a hipótese de que a poluição eletromagnética possa estar influenciando no aumento de casos observados nas últimas décadas, uma vez que há sobreposição cronológica entre a ampliação do uso de tecnologias sem fio e a prevalência do diagnóstico. Dessa forma, a intensa exposição eletromagnética poderia ocasionar modificações no DNA, estresse oxidativo, aumento do cálcio intracelular, disfunção do sistema imunológico e rompimento da barreira hematoencefálica (POSAR; VISCONTI, 2020).

Entretanto, é importante ressaltar que a relação agrotóxicos/pesticidas e poluentes com relação ao TEA é considerada atualmente apenas como uma hipótese, não tendo evidência científica que comprovada.

Desta forma, conclui-se que não é simples encontrar a resposta para a causa do TEA. As evidências indicam que são vários sítios neurológicos envolvidos, sugerindo que a etiologia é complexa e que envolve fatores genéticos. Essa complexidade é refletida pela quantidade de teorias e pelo fato de estarem em constante modificação e investigação. O que se pode dizer, atualmente, é que provavelmente o surgimento dos sintomas não seja causado por estressores pós-natais, influência do ambiente extrauterino ou por responsabilidade dos familiares.

A seguir serão apresentados dados epidemiológicos a respeito do TEA.

3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ACERCA DO TEA

Diversos estudos epidemiológicos acerca do TEA foram conduzidos ao longo dos anos, sendo de difícil interpretação por conta das diferenças metodológicas apresentadas em cada pesquisa. A seguir se discorrerá acerca da sua prevalência, a ocorrência relativa a grupos étnico-

raciais, classe socioeconômica, gênero, deficiências associadas e estudos epidemiológicos brasileiros.

3.2.1 Prevalência do TEA

A prevalência do TEA vem aumentando substancialmente desde o primeiro estudo epidemiológico desenvolvido e publicado em 1966. Nesse estudo, Victor Lotter relatou uma prevalência de 4,5 a cada 10 mil nascidos, ou seja, 0,00045% da população de crianças com idade de oito a dez anos no condado de Middlesex, localizado em Londres (CAETANO et al., 2015; DOS SANTOS JUNIOR, 2018).

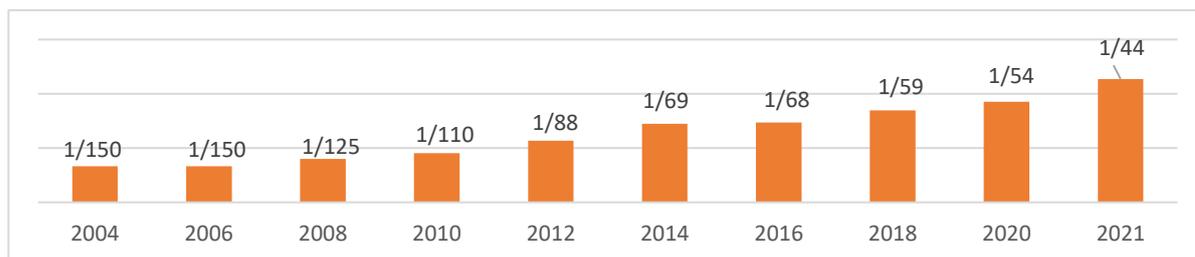
No ano de 2018, nos Estados Unidos, o *National Survey of Children's Health – NSCH/USA*, divulgou dez estudos recentes que demonstram resultados de um autista para cada 45 nascidos (ASO, 2018).

O *Center of Diseases Control and Prevention (CDC)*, órgão ligado ao governo dos Estados Unidos (EUA), vem apresentando índices de prevalência de TEA nos últimos anos. O CDC publicou em dezembro de 2021 uma pesquisa (utilizando dados de 2018), que aponta alguns dados interessantes (MAENNER et al., 2020). O estudo foi realizado em 11 estados (Arizona, Arkansas, Colorado, Georgia, Maryland, Minnesota, Missouri, New Jersey, Tennessee, Wisconsin e Carolina do Norte), com 5.058, com idade até oito anos.

O resultado da pesquisa indica uma prevalência global de 23 por 1.000, ou seja, uma a cada 44 crianças tinham o diagnóstico no ano de 2018. Isso corresponderia a um aumento de 22,7% em comparação ao ano de 2016 (divulgado em 2020), em que se estimava um caso de TEA a cada 54, e 24,1% em comparação ao ano 2014 (divulgado em 2018) que estimava a prevalência de um a cada 59 nascidos. Sendo que, de acordo com o estudo atual, houve diferença entre os Estados, variando de um caso de TEA a cada 60 nascimentos no Missouri e um caso a cada 26 nascimentos na Califórnia. Essa diferença pode ter ocorrido devido ao fato de alguns locais possuem mais serviços de saúde e educação para esse público.

A seguir será apresentado um gráfico que busca demonstrar a prevalência de acordo com os estudos realizados pelo CDC nos últimos anos:

Gráfico 1 - Prevalência de casos de TEA segundo pesquisas do CDC.



Fonte: CDC (2021).

A partir do gráfico acima pode-se observar o significativo aumento na prevalência segundo os estudos desenvolvidos pelo CDC. Considerando os dados divulgados entre o ano de 2004 e 2021, com intervalo de tempo de 17 anos, houve um aumento de 341% casos de TEA.

Nesse sentido, muito se comenta sobre uma possível “epidemia” do quadro, mas é necessário que vários fatores sejam considerados quando se discute sobre o assunto.

A esse respeito, Orrú (2018) considera que atualmente os critérios diagnósticos estão mais amplos e melhor definidos, há maior conscientização sobre o quadro, cobertura da mídia, incentivo ao diagnóstico precoce e a identificação de casos sem deficiência intelectual é realizada com mais facilidade, além de maior confiabilidade dos estudos que abordam essa temática.

Dos Santos Junior (2018) também relata a identificação de quadros de TEA e diagnósticos associados, como a deficiência intelectual, uma vez que anteriormente os sujeitos recebiam apenas o segundo diagnóstico.

Nesse sentido, Presmanes et al. (2014) destacam que talvez seja mais coerente falar em “epidemia de diagnósticos” e não de quadros de TEA, uma vez que o cenário atual oferece maior acesso à informação, tanto aos familiares e cuidadores, quanto aos profissionais da área da saúde que estão mais aptos a dar suporte e realizar avaliações, assim como maior sensibilidade dos instrumentos utilizados e ampliação de serviços que atendem a essa demanda, em comparação há algumas décadas. Além de que diversos sujeitos estão recebendo diagnóstico já na vida adulta, dando maior visibilidade à causa.

Apesar disso, não se desconsidera a possibilidade de que outros fatores possam contribuir para um aumento tão considerável. Entretanto, ressalta-se que atualmente não existem comprovações científicas que indiquem qualquer outro fator de influência. Nesse sentido, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas acerca do tema, com o objetivo de elucidar tal questão.

Com relação à prevalência entre grupos étnico-raciais, em relação ao gênero e outras deficiências associadas, observou-se na pesquisa divulgada pelo CDC (2021) que o TEA possui ocorrência em todos os grupos étnico-raciais, assim como no estudo divulgado no ano anterior (CDC, 2020). Na pesquisa mais recente (2021) é apontada uma prevalência geral muito semelhante entre crianças brancas (22,2), negras (22,3), asiáticas/das ilhas do pacífico (22,2) e hispânicas (22,5). Com exceção de crianças indígenas americanas/nativas do Alasca que tiveram maior prevalência (29) quando comparadas com crianças brancas não hispânicas. Em alguns locais, as crianças hispânicas apresentaram maior prevalência do que crianças brancas e negras não hispânicas.

Em relação às condições socioeconômicas, não foi demonstrada relação com a prevalência, contrastando com dados de 2002 a 2010. A esse respeito, Backes, Zanon e Bosa (2017) destacam em sua revisão bibliográfica que há estudos que indicam a influência da renda familiar no diagnóstico de TEA, uma vez que famílias com melhor poder aquisitivo teriam maior acesso a serviços especializados. Além disso, pontuam a tendência de que crianças brancas seriam diagnosticadas mais precocemente.

Em relação ao gênero, é apontada uma diferença de prevalência de 4,2 meninos para uma menina, próxima dos valores já apontados nas pesquisas desenvolvidas nos anos anteriores pelo CDC (MAENNER et al., 2021).

A esse respeito, Malagoni e Clara Luz (2021) ressalta que meninas sem comorbidades podem apresentar sintomas de forma mais “branda”, fazendo com que o TEA não seja identificado com facilidade precocemente – mesmo quando avaliado por profissionais experientes, o que muitas vezes reflete no diagnóstico tardio ou subdiagnóstico. Nesse contexto, se considera que meninas com manifestações mais severas da condição sejam identificadas mais precocemente e com mais facilidade pelos profissionais.

Nesse sentido, Ortega (2009) salienta que a depender da perspectiva adotada pelo profissional, o TEA pode ser compreendido sob a lente do sofrimento psíquico, uma doença, um transtorno mental, uma deficiência ou uma diversidade inerente à heterogeneidade humana – inclusive de heterogeneidade cognitiva. Dessa forma, na sequência, serão apresentadas algumas discussões acerca do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Classificação Internacional de Doenças (CID) e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) instrumentos de diagnóstico que norteiam a tomada de decisões de profissionais da saúde.

Orrú (2018) apresenta alguns estudos trazem que cerca de 60 a 70% dos sujeitos com diagnóstico de TEA apresentam deficiência intelectual, além dos ditos “*savants*” (pessoas com

habilidades notáveis) que corresponderiam a 10% dos casos. Dados estes que se afastam dos obtidos no estudo do CDC (2021), uma vez que uma parcela significativamente menor dos participantes possui deficiência intelectual, sendo que grande parte dos participantes possui QI igual ou acima da média.

Quanto à idade de diagnóstico entre as crianças participantes da pesquisa, apenas 47% realizaram avaliação abrangente aos 36 meses, com ampla variação entre os locais (40,6% no Tennessee a 66,4% em Maryland). A idade mediana da primeira avaliação variou significativamente, 30 meses (Maryland) para 43 meses (Missouri e Tennessee). Também houve variação quanto à avaliação entre crianças brancas (45%), hispânicas (43%) e negras (40%). A maioria das crianças com TEA e $QI \leq 70$ (61%) foi avaliada aos 36 meses, em comparação as crianças com $QI > 70$ (45,5%). Em relação ao diagnóstico, a idade média foi de 50 meses, com variação significativa entre os estados: 36 meses na Califórnia e 63 meses em Minnesota. Sendo que crianças com $QI \leq 70$ receberam o diagnóstico por volta dos 44 meses, quando comparados com aqueles com $QI > 70$, que foram diagnosticados em média aos 53 meses (CDC, 2021).

Observa-se que apesar do grande esforço para que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de acordo com o exposto, esse ainda ocorre tardiamente. O diagnóstico precoce possibilita a intervenção imediata e conseqüentemente um melhor prognóstico (OLIVEIRA et al., 2017; SOUSA; SANTANA, 2018; VELOSO; JARDIM, 2021).

Acredita-se que a avaliação e o diagnóstico de TEA em crianças com deficiência intelectual ocorra mais precocemente pela presença de dificuldades mais evidentes e facilmente identificáveis por profissionais e familiares, o que refletiria em um diagnóstico mais precoce (MALAGONI; CLARA LUZ, 2021; VOLKMAR; WIESNER, 2018).

No tópico seguinte se discorrerá acerca dos estudos epidemiológicos no Brasil.

3.3 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL

No Brasil ainda são escassos os estudos epidemiológicos sobre o assunto e até o presente momento poucas pesquisas foram desenvolvidas.

Pode-se citar uma pesquisa piloto realizada em 2007 na cidade de Atibaia (SP), em um bairro com apenas 20 mil habitantes, que apontou uma prevalência de autismo estimada de 0,3% da população (RIBEIRO et al., 2007; ROSSI et al., 2018).

Outro estudo epidemiológico populacional foi aplicado ao Estado de Santa Catarina, que utilizou dados secundários das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAEs, Associação de Amigos dos Autistas - AMAs e Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE. A população obtida para cálculo de prevalência foi composta por 795 estudantes de ambos os sexos e a prevalência de autismo encontrada foi de 1,31 por 10.000 pessoas para o estado de Santa Catarina no ano de 2006. A razão de prevalência entre os sexos foi de 1,23 a 1,89 meninos para cada menina (FERREIRA, 2008; ROSSI et al., 2018).

Os estudos acima citados mostraram valores bem distintos daqueles apontados nas pesquisas internacionais (MAENNER et al., 2021; ASO, 2018). Essa discrepância no resultado pode ter sido influenciada por conta das diferenças no que se refere ao tamanho da amostra, localização geográfica do estudo, condições socioeconômicas e culturais dos participantes.

De acordo com Dos Santos Junior (2018), pouco se sabe sobre a prevalência em países em desenvolvimento, incluindo a América Latina, Oriente médio, África e Ásia, uma vez que as pesquisas se concentram, em sua maioria, na Europa e nos EUA. Talvez por isso o registro seja mais baixo, considerando a escassez de serviços, barreiras na realização de pesquisas, carência de profissionais e instrumentos padronizados para avaliação e diagnóstico.

Sobre a realidade brasileira, sabe-se que a maior parte da população utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) e que os sujeitos com TEA geralmente são acolhidos por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSIs), APAEs e AMAs (GARCIA; DO NASCIMENTO; PEREIRA, 2017).

Garcia, Do Nascimento e Pereira (2017) também evidenciam o quanto os profissionais do SUS devem estar preparados para acolher e oferecer tratamentos e serviços adequados ao sujeito com TEA e seus familiares.

Nesse sentido, Portolese (2017) destaca que, considerando a prevalência do TEA, o número de instituições disponíveis no Brasil é insuficiente para atender a demanda atual, além de estarem distribuídas de forma irregular no território nacional, privilegiando regiões mais nobres. Também é relatada a falta de padronização quanto aos procedimentos adotados. Esses aspectos são relevantes, uma vez que podem influenciar no resultado apresentado nas pesquisas, a depender da região estudada e o número da coleta, considerando que os sujeitos nem sempre são acolhidos nessas instituições pela alta demanda e precariedade do sistema de saúde.

Mais recentemente realizou-se um estudo epidemiológico com uma amostra de 1715 estudantes da rede pública de quatro municípios (Goiânia, Fortaleza, Belo Horizonte e Manaus), com idade entre seis e 16 anos. No estudo se utilizou a escala K-SADS-PL, que consiste em uma entrevista psiquiátrica semiestruturada que busca identificar transtornos em crianças e

adolescentes entre seis e 18 anos. De acordo com a pesquisa, através da sua aplicação chegou-se à taxa de 1% de prováveis casos de TEA no Brasil (PARASMO; LOWENTHAL; PAULA, 2015).

Esse resultado vai ao encontro do valor indicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) de 1% da população mundial, como apresentado anteriormente (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Outros estudos têm tentado estimar o número de casos de TEA na população brasileira. No ano de 2007, por exemplo, o “Projeto Autismo”, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) estimou a existência de cerca de dois milhões de casos de TEA no Brasil, levando em conta o dado da ONU e uma estimativa de população de 190 milhões de pessoas (ORRÚ, 2018). Além deste, Borgonhone e Moraes (2018) fizeram um cálculo breve baseado na população brasileira e nos dados fornecidos pelo CDC na época – 1 a cada 59 –, inferindo que no Brasil existiriam cerca de dois a quatro milhões de pessoas com o diagnóstico.

Desta forma, o quadro de TEA pode ser percebido como uma questão de saúde pública. Por isso, levanta-se a necessidade de investimento em pesquisas sobre a temática, assim como a criação de políticas públicas que garantam melhorias no atendimento ao sujeito com TEA e sua família, seja no âmbito da saúde ou educacional.

O aumento do número de casos acabou por impulsionar a criação de políticas públicas no Brasil, voltadas para o sujeito com TEA. Visto que até então associações de pais e familiares de autistas, construíam suas próprias estratégias assistenciais para os filhos, pois o período entre o século XX e os anos 80 foi marcado pela lacuna de recursos destinados ao atendimento desse público (OLIVEIRA et al., 2017).

Nesse contexto, em 2012, a Lei Berenice Piana, de nº 12.764/12, criou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que reconhece o sujeito com TEA como uma pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. Essa lei determina o direito dos autistas a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o acesso à educação e proteção social, a igualdade de oportunidade no trabalho e serviços. A pessoa com TEA está abrigada por leis específicas como o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 8.069/90) e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (6.949/00) (SILVA, 2021).

Outro marco importante ocorreu em 2019, quando foi sancionada a Lei nº 13.861, de 19 de julho de 2019 que objetiva assegurar a coleta de dados acerca de sujeitos com TEA no Brasil a partir da sua inclusão nos censos demográficos. Entretanto, essa Lei não especifica quais

informações devem ser coletadas, por exemplo: A coleta abarcaria crianças, adolescentes e adultos? Seriam considerados apenas sujeitos já diagnosticados ou também em processo de investigação? Estariam inclusos sujeitos com alterações do neurodesenvolvimento ainda não especificados? Diante disso, possivelmente a definição das informações a serem coletas ficará a cargo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2019).

Apesar da falta de especificação apresentada pela Lei, considera-se que a divulgação dos dados obtidos pelo IBGE pode contribuir para a compreensão do quadro a nível nacional, uma vez que são escassos os estudos epidemiológicos no país. A divulgação pode movimentar o investimento em pesquisas com métodos mais sofisticados de investigação, impulsionar a criação de políticas públicas e instituições especializadas para receber essa demanda, assim como maior conscientização e acesso a informação para familiares, cuidadores e profissionais.

3.4 CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO

Diante do exposto, observa-se que ainda não se explicitou a etiologia do TEA, apesar de terem sido apresentadas diversas hipóteses presentes na literatura e da evidente busca dos pesquisadores pela resposta. Em relação à prevalência, é indiscutível o aumento do número de casos nos últimos anos, até o momento sem explicação aparente ou uma previsão precisa do aumento nos anos que seguem.

Independente de qual seja a etiologia ou do motivo do crescente aumento no número de casos frisa-se a importância da criação de políticas públicas que busquem satisfazer as necessidades das pessoas com TEA e suas famílias, além da necessidade do desenvolvimento de pesquisas nacionais que abordem o tema não somente no que se refere à etiologia e prevalência, mas todos os aspectos que o envolvem, visando produzir mais informações para uma melhor compreensão do quadro, contribuindo na prestação de assistência para esse público e conseqüente melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

4 AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICA DE TEA

A avaliação é um tema central em casos de TEA e é realizada com base na observação comportamental, em que se busca identificar possíveis dificuldades relacionadas à fala, à linguagem, ao comportamento e à cognição. Isso se deve ao fato de que, apesar dos avanços nas pesquisas, até o momento não foi possível esclarecer quais mecanismos genéticos estão envolvidos no quadro (GAIATO, 2018; TEIXEIRA, 2020).

Ao longo do processo avaliativo, é possível que sejam aplicados diversos instrumentos, dentre eles: testes de rastreio, instrumentos de avaliação e diagnóstico de TEA, escalas de desenvolvimento, instrumentos específicos de cada área de atuação da equipe multidisciplinar, entre outros.

De acordo com Montenegro (2007) e Celeri (2018), a avaliação diagnóstica requer experiência clínica, habilidade e familiaridade com o quadro e os principais objetivos da avaliação são: identificar dificuldades e potencialidades, auxiliar os familiares a compreenderem e aceitarem as dificuldades do filho, além de fornecer orientações quanto ao acompanhamento e às intervenções necessárias.

Atualmente, tem se preconizado que a identificação e o diagnóstico sejam realizados precocemente, visando que a intervenção se inicie o mais breve possível e, conseqüentemente, contribua para um melhor desenvolvimento e prognóstico (VELOSO; JARDIM, 2021). Considerando que a plasticidade cerebral ocorre de forma mais acelerada nos primeiros anos de vida da criança. A plasticidade pode ser definida como a habilidade do cérebro de se reorganizar, alterar a anatomia e funcionalidade em resposta às experiências proporcionadas pelo ambiente (DESARKAR, 2015).

Em relação à identificação precoce do TEA, Volkmar e Wiesner (2018) indicam alguns sinais de alerta que podem ser observados entre 0 e 36 meses, conforme a tabela a seguir:

Quadro 5 - Sinais de alerta para diagnóstico de autismo entre 0 e 36 meses segundo Volkmar e Wiesner (2018).

- Dificuldade em antecipar que será pego no colo
- Pouco contato visual ou contato visual incomum
- Interesse limitado em jogos interativos
- Satisfação em ficar sozinho
- Não demonstra reconhecer pessoas familiares
- Fraca resposta ao próprio nome
- Com frequência, não olha para objetos que os outros seguram
- Não balbucia/fala
- Pouco expressivo
- Coloca objetos na boca excessivamente

- Não gosta de ser tocado
- Referencial social limitado
- Pouco interesse em outras crianças
- Sorriso social limitado
- Baixa frequência do olhar para as pessoas
- Dificuldade ou ausência da brincadeira funcional
- Dificuldades com a brincadeira de faz de conta
- Limitações relacionadas à imitação motora
- Pouca ou nenhuma comunicação verbal ou não-verbal
- Dificuldade em compartilhar interesses
- Dificuldade em responder a gestos comunicativos
- Uso do corpo do outro como instrumento
- Maneirismos com as mãos ou com os dedos
- Uso incomum de objetos
- Interesses ou brincadeiras repetitivas
- Comportamentos sensoriais incomuns
- Hiper ou hipossensibilidade a sons, a texturas, a gostos e/ou a estilos visuais

Fonte: VOLKMAR; WIESNER, 2018. Adaptado pela autora.

Diante do exposto, é importante ressaltar que os sinais vão se manifestar de forma única em cada sujeito, podendo surgir ao longo do desenvolvimento e ficar evidentes de acordo com as demandas sociais.

Em relação ao TEA, a Academia Americana de Pediatra e o Ministério da Saúde do Brasil indicam que os sinais de risco devem ser identificados o mais precocemente possível, entre 12 e 24 meses (ARVIGO; SCHWARTZMMAN, 2020).

A esse respeito, Tafla (2019) indica que, no cenário brasileiro, questões de saúde mental ainda não são identificadas precocemente por pediatras e outros profissionais da saúde que monitoram o desenvolvimento da criança ao longo da primeira infância, fazendo com que o diagnóstico seja realizado tardiamente, mesmo diante das recomendações do Ministério da Saúde. Além disso, Arvigo e Schwartzman (2020) ressaltam que a avaliação deve ser criteriosa, com a participação de uma equipe multidisciplinar, percorrendo todos os aspectos do desenvolvimento e sugerem que para crianças menores de 24 meses se considere a possibilidade de início da intervenção para reavaliação após o período de seis meses, para que seja feito o diagnóstico diferencial.

Assim, é relevante ressaltar a importância do diagnóstico diferencial, pois diferentes transtornos podem afetar o desenvolvimento infantil e a aquisição da linguagem, impactando na comunicação e interação social, não sendo características exclusivas do quadro de TEA. No que diz respeito ao desenvolvimento e à intervenção, busca-se, atualmente, maior nível de autonomia, independência e, conseqüente melhoria na qualidade de vida (SOUSA; SANTANA, 2018).

O TEA, por exemplo, anteriormente considerado uma patologia rara, passou a ter índice superior à Síndrome de Down, ao câncer infantil e a diabetes, incidindo sobre 1% da população geral de acordo com a APA (2014). Vê-se, assim, que a compreensão do lugar do sujeito na sociedade também foi se transformando historicamente, ainda que, nos dias atuais, o rótulo ainda esteja atrelado a um sujeito estigmatizado, outrora visto como incapaz de se comunicar, interagir, aprender e conviver em sociedade, sendo concebido como “anormal” e inferior aos que apresentam desenvolvimento típico (AZEVEDO, 2018).

Para além dos sinais de risco, os documentos legais indicam, atualmente, diferente de quando o autismo foi “descoberto”, a necessidade de uma avaliação multidisciplinar.

4.1 AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

O DSM-V indica que o diagnóstico deve ser realizado com base na avaliação de uma equipe multidisciplinar, mas os profissionais citados na literatura como responsáveis pelo fechamento do diagnóstico e fornecimento do laudo são o psiquiatra, psiquiatra infantil, neurologista ou neuropediatra (TEIXEIRA, 2018).

É interessante enfatizar a importância da avaliação multidisciplinar, tendo em vista que o TEA é caracterizado por prejuízos em diversas áreas do desenvolvimento. Portanto, faz-se necessária a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para que se tenha uma visão integral do quadro clínico. Nesse contexto, o diagnóstico é uma tentativa de compreender o sujeito, como ele se coloca no mundo, seus fenômenos, condições e potencialidades (ASSUMPCÃO et al., 1999).

Pinto et. al. (2016) ressalta que o processo diagnóstico é um momento bastante complexo, delicado e desafiador, tanto para os familiares quanto para os profissionais. Dessa forma, a presença de uma equipe é importante no que se refere a compartilhar questionamentos e angústias, além de fornecer melhor suporte aos familiares.

A cartilha “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno de Espectro autista (TEA)”, criada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS), salienta a importância das equipes multiprofissionais na assistência ao sujeito com TEA (BRASIL, 2014). A equipe contribui para o processo de avaliação e diagnóstico, além de proporcionar uma intervenção adequada às individualidades e às especificidades do sujeito, com vistas a diminuir as limitações e maximizar as potencialidades.

A equipe envolvida no processo de avaliação e diagnóstico pode ser composta por médico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, pedagogo, psicopedagogo, psicólogo, neuropsicólogo, entre outros (GAIATO, 2018). Abaixo há uma breve descrição das atribuições de cada profissional em sua atuação junto ao sujeito com TEA:

- Médico: Responsável pelo rastreio do desenvolvimento da criança, buscando verificar como está o processo de aprendizagem de habilidades como a fala, a linguagem não-verbal e o comportamento social (TEIXEIRA, 2018).
- Fonoaudiólogo: Responsável pela avaliação das habilidades linguísticas (verbais e não-verbais), intenção comunicativa, capacidade imaginativa, interação social, motricidade orofacial, seletividade/recusa alimentar, leitura, escrita e aprendizagem (CAMARGOS, 2013).
- Terapeuta Ocupacional: Responsável pela avaliação do desenvolvimento das atividades de vida diária, com objetivo de verificar o grau de autonomia e independência da criança, além do processamento sensorial (visual, tátil, olfativo, gustativo, auditivo, proprioceptivo e vestibular), uma vez que parte dos sujeitos com TEA apresentam dificuldade ao lidar com estímulos ambientais (TEIXEIRA, 2018; SAMPAIO, 2018).
- Fisioterapeuta: Responsável pela avaliação do desenvolvimento físico e motor, como coordenação motora, tônus muscular, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e temporal, além de respostas a estímulos sensoriais, uma vez que déficits em tais habilidades interferem na aquisição de autonomia e desenvolvimento cognitivo (PRATES et al., 2019; SOUSA, 2018).
- Pedagogo: Responsável por verificar o desenvolvimento do estudante em atividades pedagógicas diante dos instrumentos de ensino e aprendizagem disponíveis. A avaliação é o ponto de partida para o planejamento de um trabalho pedagógico com métodos, técnicas e conteúdos que favoreçam a aprendizagem (MOURA et al., 2014). O pedagogo não atua somente na escola com ensino e aprendizagem escolar. A pedagogia envolve a formação humana integral, independente do ambiente (hospital, presídio, domicílio, centros comunitários de saúde, empresas, jurídico, APAE, etc) (FREITAS; MOREIRA, 2018).
- Psicopedagogo: Responsável por descrever e compreender como ocorre o processo de aprendizagem, suas alterações, variações e fatores que influenciam,

considerando em sua avaliação aspectos orgânicos, cognitivos, afetivos, sociais e pedagógicos (MUNIZ et al., 2016).

- Psicólogo: Responsável pela avaliação de marcadores do desenvolvimento, assim como qualidade e frequência de sinais característicos de TEA, como comprometimentos sociais, comunicativos e presença de comportamentos repetitivos e estereotipados (BOSA, 1998).
- Neuropsicólogo: Responsável pela avaliação de lesões e disfunções cerebrais, principalmente, através da análise das funções executivas, ou seja, a capacidade de desenvolvimento e planejamento de estratégias para alcançar objetivos (NEUMANN, 2017).

Os profissionais também podem ampliar a atuação a depender da capacitação e da formação realizada, podendo se debruçar de maneira mais ou menos extensiva sobre os aspectos de tipicidade e atipicidade de linguagem, de comportamento, etc.

Observa-se, a partir da descrição acima, que cada profissional tem um papel fundamental e realiza um trabalho complementar aos demais, abarcando diversas áreas do desenvolvimento e avaliando habilidades e dificuldades de forma integral.

Destaca-se que os profissionais necessários vão depender da idade e da demanda apresentada pela criança. Nem sempre todos os profissionais estarão presentes no momento do diagnóstico, mas poderão fazer parte da equipe ao longo do período de intervenção, principalmente, por conta da necessidade, muitas vezes, de um diagnóstico diferencial.

4.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Em alguns casos, outras patologias podem se confundir em algum grau aos sintomas autísticos, o que torna relevante uma avaliação aprofundada a fim de explicitar o diagnóstico em questão.

De acordo com o Manual de Orientações da Associação Brasileira de Psiquiatria (DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO, 2015), os principais diagnósticos diferenciais são:

- Déficits auditivos: Frente às queixas de atraso de fala e linguagem, sugere-se a avaliação auditiva com objetivo de descartar déficits auditivos, uma vez que implicam diretamente no desenvolvimento da linguagem.
- Transtorno de Linguagem Receptiva e/ou Expressiva: Transtornos de linguagem receptiva ou expressiva podem frequentemente ser confundidos com TEA, uma vez que podem acarretar certas dificuldades de interação social. É importante salientar que o grande diferencial é a ausência de comportamentos e interesses restritos e repetitivos.
- Deficiência Intelectual (DI): Crianças com atraso intelectual mais importante podem apresentar dificuldades de comunicação, as quais tendem a ser superadas, diferente do diagnóstico de TEA. A criança com DI pode não apresentar sintomas evidentes nos primeiros anos de vida, quando leve ou limítrofe, o quadro nem sempre vem acompanhado por atrasos de fala.
- Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): No TDAH podem ocorrer dificuldades de comunicação, interação e comportamentos, mas, geralmente, não de maneira tão frequente e consistente quando comparado ao quadro de TEA.
- Transtorno de Ansiedade e Transtorno do Apego Reativo: Crianças institucionalizadas e/ou que sofreram grave privação podem apresentar dificuldades relativas à vinculação, ao atraso de linguagem, à resposta social tida como “inadequada”, a estereotípias e aos interesses restritos. Entretanto, observa-se melhora das habilidades quando estão em ambientes confortáveis e seguros.
- Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC): O TOC possui início mais tardio e, geralmente, não há presença de dificuldades de comunicação e as estereotípias se destinam a aplacar a ansiedade do sentimento obsessivo.
- Esquizofrenia: Além das características relacionadas à interação social e aos padrões incomuns de pensamento, costuma se manifestar após um período dito como “normal” de desenvolvimento e vem acompanhado de delírios e alucinações, diferente do TEA.
- Síndromes genéticas: Elas podem acarretar prejuízos cognitivos, motores, de linguagem, comportamento e de desenvolvimento global. Algumas síndromes podem frequentemente ser confundidas com TEA, necessitando da realização de exames genéticos.

Montenegro e Celleri (2018) também elegem como importantes os seguintes diagnósticos diferenciais:

- Deficiência visual: Um dos principais sintomas no TEA é a diminuição do contato visual, o que ocorre em casos de perda visual.
- Mutismo seletivo e ansiedade: Crianças podem apresentar isolamento, dificuldades de comunicação e ansiedade em situações sociais. Porém, nesses casos, as habilidades comunicativas e sociais mostram-se adequadas em ambientes familiares.
- Transtorno da comunicação pragmática: É uma nova e controversa categoria diagnóstica, caracterizada por dificuldades de compreender e seguir regras sociais de comunicação (verbal ou não-verbal), geralmente, precedida por atraso na aquisição da linguagem. Diferente das crianças com TEA, não é possível observar interesses comportamentos restritos e/ou estereotipados.
- Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (TDL): O TDL, anteriormente chamado de Distúrbio Específico da Linguagem (DEL), é caracterizado, principalmente, por atraso na fala em crianças sem atraso motor ou deficiência intelectual. A criança com TDL desenvolve a linguagem na sequência do desenvolvimento típico, mas de forma lentificada. Pode ser frequentemente confundido com TEA pela presença de agitação motora e dificuldades sensoriais. Entretanto, algumas características da criança com TDL podem auxiliar no diagnóstico diferencial, como sorrir em resposta à interação, brincar de faz de conta, demonstrar interesse em outras crianças, usar gestos comunicativos, apontar, bom contato visual e atender quando chamado.

Ainda, no tocante ao diagnóstico diferencial, é importante abordar a questão dos Transtornos Motores de Fala (TMF). Os TMF são definidos como alterações motoras de articulação de fala, ou seja, caracterizam-se mais com relação à produção. Uma das categorizações dos TMF englobam diagnósticos sub especificados, como a apraxia de fala na infância (AFI), o atraso motor de fala (AMF), a Disartria e a comorbidade entre a Disartria e a AFI (SHRIBERG, et al., 2010; 2017).

A depender do tipo sub especificado de transtorno motor, podem ser observadas alterações de coarticulação entre vogais e consoantes, alterações prosódicas, distorções ou imprecisões de fonemas, alterações de voz e ressonância, etc. Compreende-se, assim, que a linguagem, em seu aspecto cognitivo-linguístico, pode não estar alterada, mas que há apenas a alteração na expressão, a qual pode ser também compensada a partir dos elementos interacionais e de mediação do meio. Nos casos de TEA, por exemplo, a pesquisa de Shriberg et al. (2019)

apontou que cerca de 85% dos casos não apresentam alterações motoras de fala, 14,3% apresentam AMF e não houve nenhum relato de casos de AFI, Disartria ou AFI e Disartria.

Por conta da vasta gama de possibilidades, é necessária uma investigação mais detalhada para realização de diagnóstico diferencial. Para isso, são feitos exames físicos para identificação de dismorfia – que remetam a alguma síndrome, avaliação neurológica, cognitiva, do desenvolvimento neuropsicomotor, de fala, linguagem, auditiva, visual e testes genéticos com o objetivo de identificar atrasos no desenvolvimento ou características singulares (MONTENEGRO; CELERI; CASELLA, 2018).

No caso de crianças com TEA, também é muito comum a presença de comorbidades, sendo necessária uma investigação que possa identificar condições que impactem no desenvolvimento do sujeito. O tópico a seguir abordará mais sobre a temática.

4.3 COMORBIDADES

O TEA é, frequentemente, associado a uma série de condições, que podem influenciar no processo de avaliação, diagnóstico e tratamento. Evidências apresentadas pelos estudos de Fabre e Lúcio (2021), Ronzani et al. (2021) e Magalhães et al. (2019) apontam que boa parcela das pessoas diagnosticadas possui alguma outra condição, podendo ter relação com questões genéticas e/ou ambientais.

Segundo o DSM-V, a deficiência intelectual e o transtorno estrutural da linguagem (dificuldade de compreensão e construção de enunciados gramaticalmente corretos) estão frequentemente associados ao TEA. O Manual também aponta que cerca de 70% das pessoas dentro do espectro podem ter a comorbidade de um transtorno mental e 40% podem ter dois ou mais. A DI é a comorbidade mais comum, estando presente em cerca de 50 a 70% dos casos, além de que 10% das pessoas com autismo podem apresentar epilepsia e 3% cursarem com a síndrome do X-frágil. Por conta disso, o manual sugere e indica que seja realizada uma investigação detalhada a respeito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Outras condições são indicadas na literatura como associadas ao quadro, como: síndromes genéticas, epilepsia, esclerose tuberosa, transtornos convulsivos, problemas alimentares, de audição e visão, do sono, gastrointestinais, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), sintomas opositivos-desafiadores, transtorno bipolar, tiques, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, transtorno de conduta, psicose, enurese,

encoprese, quadros de depressão e ansiedade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; WHITMAN, 2019; GAIATO, 2018).

Dessa forma, é possível atestar o envolvimento de fatores genéticos na etiologia do TEA. Pesquisas apontam que a epilepsia é 60 vezes mais frequente em pessoas com TEA, em relação à população em geral. A deficiência intelectual, por sua vez, mostra-se presente em cerca de 60 a 70% dos casos. Além disso, as comorbidades com síndromes monogênicas e alterações cromossômicas são frequentes, sendo que as principais condições médicas associadas são: epilepsia, Síndrome de Down, Síndrome do X-Frágil, Síndrome de Angelman, Prader Willy, Hipomelanose de Ito, Síndrome da rubéola congênita, anóxia perinatal, neurofibromatose e esclerose tuberosa.

Pode-se observar que são muitas as comorbidades relacionadas ao diagnóstico de TEA e que é iminente a necessidade de se identificar, avaliar e tratar tais condições, uma vez que impactam significativamente no desenvolvimento do sujeito. Cabe, contudo, um alerta relativo à compreensão das comorbidades no TEA, tornando-se necessária uma discussão acerca dos sinais e sintomas e de outras alterações como um *continuum*, trazendo a possibilidade de as dificuldades terem relação com características do próprio quadro e não com patologias comórbidas.

Assim, é imprescindível uma investigação detalhada que considere as características individuais do sujeito. Para isso, levanta-se a necessidade do trabalho em equipe, com objetivo de dar uma assistência integral à criança.

4.4 CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO

Diante do exposto, observa-se que, quando se fala em avaliação no TEA, é evidente o envolvimento de uma equipe multiprofissional, uma vez que a condição acomete diversas áreas do desenvolvimento. Sendo que cada profissional ocupa um lugar de destaque dentro da sua especialidade.

Nesse sentido, destaca-se a importância da qualificação dos profissionais, experiência, familiaridade com o quadro e busca por formação continuada, a fim de fornecer o suporte adequado para os sujeitos e seus familiares. Visto que a criança com TEA apresenta para além de um atraso de linguagem, sendo que seu desenvolvimento pode tomar rumos alternativos diante das dificuldades de interação e socialização. Além disso, o processo de avaliação e diagnóstico norteará a (re) habilitação e intervenção.

A literatura apresentada e discutida nesse capítulo reforça a necessidade de realização de exame físico, auditivo, da fala, linguagem e avaliação neurológica.

Montenegro, Celeri e Casella (2018) relatam que em alguns casos a avaliação genética é fundamental. Nesse sentido, Teixeira (2018) enfatiza que exames de imagem, como ressonância magnética, tomografia computadorizada ou testes sanguíneos não auxiliam no diagnóstico de maneira direta, mas que são aliados para realização de diagnóstico diferencial, principalmente na investigação de outras patologias com sintomas semelhantes ou presença de comorbidades. Entretanto, salienta-se que é importante pensar sobre a possibilidade de as dificuldades serem advindas das próprias características do quadro e não um diagnóstico à parte.

5 AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM NO TEA

O primeiro passo adotado diante da queixa apresentada é o início de um processo de avaliação (BEFI-LOPES, 2003). Na prática fonoaudiológica, o processo avaliativo é uma das ações mais rotineiras. É por meio da avaliação que são geradas informações, possibilitando a confirmação ou não de uma hipótese diagnóstica. Seu objetivo é observar dificuldades e potencialidades apresentadas. É uma tarefa bastante complexa, que deve considerar as individualidades, experiências pregressas e influências do meio (SALVIA E YSSELDYKE, 1991; PASQUALI, 2010).

Para Santana (2001), é importante se afastar da visão descritiva e classificatória que fez parte da fonoaudiologia durante muito tempo e rever a ideia de que avaliar a linguagem é apenas medir o quanto o sujeito se aproxima ou se afasta do que é considerado normal. Desta forma, é importante a compreensão do tipo de abordagem e metodologia utilizada para analisar a linguagem, assim como os procedimentos ou testes utilizados que buscam dar conta da complexidade da linguagem. A autora ainda acrescenta que não se trata de privilegiar modelos teóricos em detrimento de outros, mas sim de refletir sobre a concepção de linguagem que subjaz as avaliações, sejam elas abertas ou fechadas.

Especificamente sobre TEA, Volkmar e Wiesner (2018) destacam que a avaliação pode ser bastante desafiadora, tendo em vista que as dificuldades associadas à condição podem interferir no processo, como problemas em lidar com novas pessoas, situações e lugares. Assim, considerando as dificuldades adaptativas apresentadas pelas crianças com TEA, é interessante criar um ambiente agradável e acolhedor, em que ela se sinta confortável e segura.

Quanto ao cenário avaliativo, Misquiatí, Brito e Armonia (2013) ressaltam que o contexto terapêutico deve ser agradável tanto para a criança, quanto para o fonoaudiólogo, facilitando a realização e compartilhamento de atividades. Além disso, de acordo com os autores, as situações comunicativas devem ser desenvolvidas de forma lúdica, visando explorar e atribuir funcionalidade aos objetos e brinquedos, favorecendo o jogo simbólico, a recepção da linguagem e conduzindo a criança ao papel de interlocutor durante a interação.

A respeito da avaliação fonoaudiológica, Faustino e Fernandes (2013) destacam a importância de uma prática supervisionada e da utilização de materiais adequados e atualizados. Mas, sobretudo, enfatizam que um profissional completo é capaz de exercer auto avaliação constante e buscar educação continuada.

Dessa forma, uma adequada avaliação fonoaudiológica da linguagem é essencial nos quadros de TEA, uma vez que visa identificar dificuldades e potencialidades apresentadas. Assim, é possível o delineamento de um programa de intervenção adequado às necessidades de cada sujeito, trazendo contribuições significativas para a qualidade de vida dos sujeitos e suas famílias (BRITO; MISQUIATI 2013).

Dias (2014) afirma que o domínio da linguagem verbal, seja ela escrita ou falada, possibilita a construção de novos saberes, conceitos, paradigmas que aperfeiçoam a ação humana. Nesse sentido, observa-se que a linguagem ocupa um papel relevante, pois tem ligação com o grau de autonomia e independência, além de contribuir para a inclusão e interação social (WHITMAN, 2019; TOGASHI; WALTER; 2016).

De acordo com Cavalcante (2018), quadros como o TEA podem afetar a aquisição da linguagem e o desenvolvimento de diversas habilidades, abrangendo áreas como:

- Fonologia: Trata-se da organização mental dos sons da fala.
- Sintaxe: Se refere à organização das palavras em um enunciado.
- Semântica: Que se refere ao vocabulário e seu significado.
- Morfologia: Relaciona-se a formação e classificação das palavras.
- Pragmática: Consiste no uso da linguagem.
- Prosódia: Que está relacionada à melodia, intensidade e duração da fala.

A autora salienta que os aspectos citados envolvem a produção da fala, mas que a avaliação da linguagem não se resume a isso, sendo necessário considerar a compreensão verbal e não verbal e os aspectos não-verbais da expressão. Isso se deve ao fato de que o sujeito pode marcar sua presença na interação por meio de emissões vocais, olhares, gestos, expressões faciais e postura corporal, entre outros elementos.

Assim sendo, a linguagem não-verbal cumpre um papel relevante na produção de sentidos, apresentando uma tipologia própria e tomando formas que por vezes a fala não pode assumir, pois não se fala apenas através de palavras. Em relação ao quadro de TEA, os aspectos não-verbais da linguagem podem potencializar e ampliar a expressão de sujeitos que possuem alterações e limitações comunicativas, seja pela ausência de verbalização ou dificuldades interacionais (ANDRADE; ALVES, 2019).

Nesse sentido, se compreende que a linguagem pode se apresentar de diferentes modos e que os sujeitos, diante da sua dificuldade, usam de vários recursos para interagir com o mundo e com o outro, dependendo da significação dada pelo interlocutor.

Sabe-se que restrição de oralidade e dificuldade de comunicação não verbal tem sido considerada como sintomas de severidade no diagnóstico de TEA. Nesse contexto, Montenegro e Celeri (2018) relatam que alguns fatores sugerem um “pior” prognóstico, sendo eles: dificuldade de compreensão, uso limitado de gestos, histórico familiar de transtorno de linguagem. Entretanto, esses fatores não podem ser considerados como absolutos, sendo preconizada a intervenção precoce e a reavaliação ao longo do tempo. A esse respeito, Pinto e Santana (2009, p. 37) ainda ressaltam que:

A evolução de um quadro não se dá porque determinada técnica foi seguida, ou por uma organização natural que ocorre no cérebro. Esses fatores são importantes, mas são as práticas sociais mediadas pela linguagem, que terão um papel definitivo na reorganização da linguagem, dos processos cognitivos e da própria subjetividade.

Portanto, deve-se levar em consideração a esfera social, o contexto e as particularidades do sujeito, tendo em vista que este se constrói social e historicamente e atua sobre a interação. Assim, os aspectos sociais e históricos do sujeito e do interlocutor destacam-se como elementos importantes para a compreensão da linguagem, da relação do sujeito com a língua e com a alteração linguística (SANTANA; SANTOS, 2017).

Sob essa ótica, é importante que a avaliação dos diferentes aspectos da linguagem seja realizada em situações reais de uso, assim como considere elementos de ordem social, histórica, particularidades e subjetividade de cada um.

5.1 A MULTIMODALIDADE DA LINGUAGEM

Desde a mais tenra idade, os sujeitos podem interagir e se comunicar com o interlocutor por meio de recursos não-verbais, como olhares, movimentos corporais, expressões faciais, gestos, choro, vocalizações, entre outros. Partindo de uma visão multimodal da linguagem, esses são elementos linguísticos que coocorrem com a fala no processo de significação realizado pelos sujeitos durante a interação com o outro.

Em relação à concepção de linguagem adotada na perspectiva multimodal, Almeida e Cavalcante (2017, p. 527) elucidam:

Esta perspectiva tem uma noção de lingua(gem) como uma instância multimodal. Ou seja, lingua(gem) não é apenas a fala, o gesto ou olhar analisados de forma isoladas, mas o conjunto formado por esses elementos. Portanto, é dentro dessa esfera que trabalham os pesquisadores da multimodalidade em aquisição da linguagem, sob uma perspectiva que não considera apenas o que é dito pela fala como veículo de interação,

mas sim, o conjunto de elementos que dão à interação um sentido mais amplo e completo.

Com relação aos quadros de TEA, Felix (2021, p. 27) faz considerações sobre a multimodalidade da linguagem:

[...] por serem crianças inicialmente com déficit de linguagem/cognição, pela própria condição, acreditamos que seja, a princípio, no conjunto sensorial, da escuta, da fala, dos gestos e movimentos corporais que se encontram a constituição do sujeito nas significações da linguagem.

Segundo Bosa (2002), já existem evidências de que crianças com TEA demonstram interesse e participam ativamente das interações, por meio de brincadeiras, vocalizações e demonstrações de afeto, por exemplo. Nesse sentido, o autor ressalta que se deve evitar o rótulo posto ao sujeito com TEA focado apenas nas dificuldades de interação e brincadeira.

Nesse sentido, não são as alterações que estão em lugar de destaque, mas a construção de sentido feita a partir da consideração de todas as formas de linguagem, que permeiam interação com o mundo e com o outro. Portanto, a linguagem não se resumiria à fala e sim à integração de diversos elementos linguísticos que podem constituir um enunciado (gestos, expressões faciais, movimentos corporais, contato visual).

Os estudos de Kraner e Asperger ressaltam os recursos linguísticos “não convencionais” e descreve-os como “gestos inapropriados” e “movimentos desajeitados”. Desta forma, observa-se que as descrições relatam a falta, a negação, e não uma tentativa de significação das diferentes formas que a linguagem pode se apresentar.

Barros e Fonte (2016) reforçam os aspectos multimodais da linguagem no TEA ao defender as estereotípias motoras como gestos significativos na construção de sentidos. As estereotípias vocais ou corporais foram descritas inicialmente como um sintoma e não como linguagem, sendo por vezes ainda consideradas dessa forma, ou seja, desconsideradas na construção da linguagem.

Carneiro e colaboradores (2013, p. 114) pontuam que:

O gesto da criança – visto por nós como dêitico – não é uma atividade meramente “decorativa” em relação à fala, mas uma atividade de estruturação que torna mais fácil, em termos de habilidades cognitivas, o planejamento discursivo.

De Sá Andrade e Dos Santos Alves (2019) desenvolveram uma pesquisa com objetivo de investigar o uso de gestos “emblemáticos” por parte de crianças com diagnóstico de TEA na faixa etária de cinco anos de idade. Os autores concluíram que os gestos são carregados de

significação e construídos por meio da interação e compartilhamento da atenção, demonstrando o papel primordial da multimodalidade da linguagem.

É importante enfatizar que não se nega, ou ignora as dificuldades apresentados pelos sujeitos com TEA, mas que se busca um olhar para as possibilidades de desenvolvimento no meio cultural. Desenvolvimento que pode tomar caminhos alternativos diante dos desafios enfrentados em decorrência da própria condição. Destaca-se que não são as singularidades que vão traçar o destino do sujeito, mas sim, as experiências e relações que serão oportunizadas ao longo da vida, uma vez que o sujeito se constitui discursivamente nas relações dialógicas estabelecidas com seus interlocutores, que buscam significar suas produções linguísticas – sejam elas quais forem.

Segundo Klinger e Souza (2015, p. 145):

É de interesse destacar que o fonoaudiólogo sustenta, repara, complementa e amplia a significação dos meios comunicativos, verbais e não- verbais, utilizados pela criança. Dessa forma, na atuação de avaliação e de intervenção terapêutica, é importante serem consideradas as relações entre as habilidades verbais e as não verbais.

Segundo Saad e Goldfeld (2009) algumas pesquisas desconsideram a ecolalia como dotada de significado, sem intenção comunicativa, sendo nesse contexto apenas uma replicação sem propósito, ou indicativo de severidade do quadro e que deve ser inibido.

Silva e Ghirello-Pires (2012), em sua pesquisa junto a afásicos, relatam que sujeitos que utilizam recursos linguísticos “não convencionais” tendem a ser vistos como “anormais” e são vítimas de preconceito, tendo sua expressão desconsiderada e julgada, representando uma barreira para que se estabeleça a interação, uma barreira interacional.

Sobre a compreensão da linguagem por parte dos profissionais atuantes junto ao público com TEA, Dos Santos (2015, p. 35) ressalta:

É possível verificar na prática clínica que muitos profissionais ficam presos às características descritas sobre o TEA, únicas para a classificação e descrição do transtorno. Os movimentos feitos pelos portadores do transtorno são vistos unicamente como estereotipados e são, em muitas vezes, inibidos ou desprezados. Quando significados, os movimentos são descritos como parte fundamental para o desenvolvimento.

Salienta-se que o processo de significação dos diferentes modos que a linguagem pode tomar, está para além de inserir o sujeito com TEA na linguagem. Nesse sentido, Luria (1991) destaca que a linguagem pode modificar os processos cognitivos, como atenção, memória e percepção, além de reorganizar esses processos e permitir reorganização da experiência emocional e o aparecimento da imaginação.

Diante do exposto, percebe-se a relevância do papel do interlocutor na construção de sentido, pois, nesse contexto, é necessário que o interlocutor observe, considere e signifique as produções linguísticas do sujeito com TEA, colocando-o no lugar de falante. A respeito da clínica fonoaudiológica, a autora destaca:

É perceptível na clínica fonoaudiológica que muitas das crianças que apresentam alterações na linguagem ou dificuldades graves utilizam-se de recursos alternativos para se comunicarem, mas, infelizmente, nem sempre são bem sucedidos, devido à falta de compreensão e de significação do outro (DOS SANTOS, 2015, p. 38-39).

Assim, percebe-se que, ainda, a linguagem do sujeito com TEA é permeada por uma visão da linguagem próxima daquela descrita inicialmente por Kanner em 1943, que em muito negava a linguagem no autismo (BARROS; VALE, 2020), como fora discutido no capítulo 2.

Entretanto, até o momento não existe uma padronização das avaliações de linguagem junto ao público com TEA na área da Fonoaudiologia. Portanto, no tópico a seguir se discorrerá acerca dos instrumentos utilizados para avaliação da linguagem, por fonoaudiólogos brasileiros, a partir de uma revisão bibliográfica.

5.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM

Para compreender quais instrumentos de avaliação de linguagem que os fonoaudiólogos brasileiros utilizam, empreendeu-se uma breve revisão bibliográfica, realizada em abril e maio de 2021. A partir disso, a busca de publicações acerca da temática foi realizada na base de dados da Scielo e elencaram-se como descritores as seguintes palavras: fonoaudiologia, autismo, avaliação. A pesquisa foi realizada com a limitação de período de busca para os últimos dez anos, ou seja, de 2011 a 2021, com a utilização de combinação dos descritores acrescidos do operador booleano “AND”.

A busca revelou que entre os anos 2011 e 2021, até o presente momento, houver 14 trabalhos publicados com a temática, dos quais, após a leitura do resumo e do trabalho completo, foram selecionados 11 que satisfaziam o critério de inclusão de versar, ou conter instrumentos utilizados para avaliação fonoaudiológica de linguagem em pessoas com TEA. Observou-se que nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2021 não foram encontradas publicações.

Os instrumentos foram utilizados nas pesquisas encontradas em utilizados isoladamente, com vistas a um objetivo específico, ou utilizados juntamente com outros, escolhidos de modo a contemplar diversos aspectos da avaliação fonoaudiológica, contribuindo para a compreensão do quadro clínico em sujeitos com suspeita, ou diagnóstico de TEA.

Para melhor compreensão do leitor, foi realizada uma categorização dos instrumentos em quatro segmentos:

- a) Instrumentos para rastreio de TEA: rastreio,
- b) Instrumentos para Avaliação/diagnóstico de TEA,
- c) Instrumentos para avaliação da linguagem/ comunicação,
- d) Demais instrumentos de avaliação.

A seguir serão apresentadas tabelas representando cada uma das categorias elencadas anteriormente, assim como uma breve descrição dos testes.

5.2.1 Instrumentos para rastreio de TEA

Nos últimos anos, o diagnóstico tem aumentado significativamente, porém, ainda exista um gap entre a preocupação inicial dos familiares/cuidadores e o momento do diagnóstico. Nesse sentido, as escalas de triagem propõem evitar essa situação. Sendo que viabilizam a identificação de possíveis distúrbios. É importante ressaltar que não são instrumentos diagnósticos e não substituem a avaliação de profissionais experientes, mas permitem que sujeitos sejam encaminhados precocemente para uma avaliação especializada, em caso de suspeita de determinada condição (CASELLA, 2018).

Os instrumentos de triagem encontrados na literatura brasileira como utilizados pelos fonoaudiólogos foram:

Quadro 6 - Instrumentos de triagem utilizados por fonoaudiólogos brasileiros.

| Instrumento citado | Autor/ano | Público-alvo | Tradução adaptada culturalmente/Validação | Formato | Uso profissional |
|--|-------------------------------------|--|---|--------------------------------------|--|
| Autism Behavior Checklist (ABC) | Krug et. al., (1980) | Crianças a partir de 3 anos com hipótese de transtorno global do desenvolvimento (TGD) | Pré-validada no Brasil como Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA) por Marteleto e Pedromônico (2008). | Checklist – faz parte do Teste ASIEP | Família, profissional especializado ou professor |
| Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) | Robins e colaboradores (2001) | Crianças entre 16 e 30 meses | Lopásio e Pondé (2008) | Questionário padronizado | Autoaplicável |
| Autism Screening Questionnaire (ASQ) ou Social Communication Questionnaire (SCQ) | Squires, Potter e Bricker em (1995) | Duas versões: crianças menores de 6 anos e crianças maiores de 6 anos | Sato e Mercante no ano de (2008) | Questionário estruturado | Autoaplicável foi aplicado por profissional |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Acredita-se que é relevante abordar de forma breve as características e elementos presentes nos testes de rastreio encontrados na revisão. Dessa forma, serão discorridos abaixo os achados na revisão.

A escala ABC, que foi elaborada por Krug, Arick E Almond (1980), adaptada e validada para o português brasileiro por Marteleto e Pedromônico no ano de 2005, recebendo o nome de Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA), faz parte do Checklist ASIPE. Trata-se de uma escala utilizada para rastreio em casos de suspeita, baseada nos comportamentos não adaptativos das crianças a partir dos três anos de idade, indicando a probabilidade do diagnóstico e auxiliando no diagnóstico diferencial. Deve ser direcionada por um profissional a familiares e/ou cuidadores.

Ela é composta por 57 itens, que contemplam diferentes áreas do desenvolvimento infantil: sensorial, relacional, uso do corpo e objetos, linguagem e pessoal-social. Cada item é pontuado de 1 a 4, de acordo com o grau de associação ao comportamento da criança, a soma da pontuação das 57 questões será o escore final da escala. Em relação à interpretação, um escore menor que 47 indica que a criança é típica, entre 47 e 53 leve probabilidade para

Entretanto, Fernandes e Miilher (2008) empreenderam uma pesquisa para analisar a sensibilidade e especificidade do checklist no Brasil, com 117 sujeitos entre 02 e 16 anos. Segundo os autores, os “resultados apoiam a noção de que há incompatibilidade entre a descrição diagnóstica proposta pela ABC e os critérios sugeridos pelo DSM-IV e pela CID-10” (FERNANDES; MIILHER, 2008, p. 114). Além disso, há a ressalva de que o instrumento pode apresentar variação a depender de quem o aplica (família, profissionais ou professores), bem como apresentar discordância entre sujeitos de instituição pública e privada (GONÇALVES; PEDRUZZI, 2013).

Outro instrumento citado na literatura brasileira é a escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), uma escala para rastreamento precoce para autismo, desenvolvida por Robins e colaboradores (2001) e traduzida para português por Losapio e Pondé (2008).

Ela é indicada para crianças entre 16 e 30 meses, sendo composta por um questionário padronizado estruturado contendo 23 itens com respostas do tipo “sim/não” que deve ser respondido com base no comportamento usual da criança e aplicado com pais e/ou cuidadores. O questionário é um instrumento autoaplicável, necessitando de pouco ou nenhum treinamento por parte dos profissionais, podendo ser aplicado em uma avaliação periódica de rotina ou em caso de suspeita. Assim como a maioria dos testes de rastreio, pode haver um grande número de falsos positivos, portanto, nem todas as crianças cotadas na escala serão de fato

diagnosticadas. Posteriormente, as respostas “sim/não” são convertidas em “passa/falha”. Os resultados superiores a três ou em dois itens considerados críticos, indicam rastreio positivo. A tabela a seguir registra as respostas consideradas falha e os itens em negrito indicam itens críticos (CARVALHO et al., 2013; GAIATO, 2018).

Quadro 7 - Respostas consideradas falhas e itens críticos segundo o M-CHAT.

| | | | | |
|---------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| 1. Não | 2. Não | 3. Não | 4. Não | 5. Não |
| 6. Não | 7. Não | 8. Não | 9. Não | 10. Não |
| 11. Sim | 12. Não | 13. Não | 14. Não | 15. Não |
| 16. Não | 17. Não | 18. Sim | 19. Não | 20. Sim |
| 21. Não | 22. Sim | 23. Não | | |

Fonte: M-CHAT. Dados da pesquisa.

Já, o instrumento intitulado *Autism Screening Questionnaire* (ASQ) ou *Social Communication Questionnaire* (SCQ) é um questionário em que as perguntas foram retiradas do instrumento Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL). Ele foi traduzido, adaptado e validado no Brasil por Sato (2008), tendo duas versões, uma para crianças menores de seis anos e outra para maiores de seis anos.

Ele é composto por 40 questões do tipo “sim/não” que envolvem perguntas relativas à interação social recíproca, à comunicação e à linguagem, a padrões de comportamento estereotipados e repetitivos. Pode ser autoaplicável, ou realizado por um profissional (DIAS; PEDROSO; DOS SANTOS, 2015).

É citado na literatura como um recurso em potencial para avaliação mais precisa de crianças com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), com Síndrome de Down e para rastreio de crianças pré-escolares entre três a cinco anos de idade para detecção precoce de problemas de desenvolvimento linguístico-cognitivo (GONÇALVEZ; PEDRUZZI, 2013; SATO, 2008).

5.2.2 Instrumentos de avaliação e diagnóstico de TEA

O processo avaliativo requer experiência e familiaridade com o quadro do TEA, assim como conhecimentos acerca do desenvolvimento típico e transtornos relacionados. Nesse

sentido, alguns instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de auxiliar os profissionais nesta tarefa (CELERI, 2018).

Na revisão considerando a utilização por parte dos fonoaudiólogos brasileiros, foram citados os seguintes instrumentos de avaliação/diagnóstico:

Quadro 8 - Instrumentos de avaliação/diagnóstico utilizados por fonoaudiólogos.

| Instrumento citado | Autor/ano | Público-alvo | Tradução adaptada culturalmente/Validação | Formato | Uso profissional |
|---|------------------------------------|---|--|---|--|
| Childhood Autism Rating Scale (CARS) | Schopler, Reichler e Renner (1988) | Crianças a partir de 2 anos | Traduzido, adaptado e validado no Brasil por Assumpção et. al. (1999). | Escala estruturada | Aplicada por profissionais junto aos pais |
| Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA) | Ballabriga e colaboradores (1994) | Crianças a partir de 2 anos | Assumpção et.al. (1999) | Questionário semiestruturado | Aplicada por profissionais através da observação |
| Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R). | Rutter, Couteur e Lord (2003) | Crianças a partir dos 5 anos com hipótese de transtorno global do desenvolvimento (TGD) | Tradução, adaptação e validação para o Brasil por Becker et. al. (2012). | Instrumento padronizado e sistematizado | Aplicada por profissionais junto aos pais |
| Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – TEACCH | Eric Shopler et.al., (1966) | Crianças com dificuldades no neurodesenvolvimento | Implantado no Brasil em 1991, no Centro TEACCH de Novo Horizonte (RS) | Instrumento de avaliação e tratamento educacional e clínico | Aplicado por profissionais da saúde e da educação e familiares |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

O Childhood Autism Rating Scale (CARS) é uma das escalas de avaliação mais utilizadas, publicada por Schopler, Reichler e Renner (1988), sendo derivada do método TEACCH. Foi traduzida, adaptada transculturalmente e validada para o Brasil por Assumpção et. al. (1999). À época, a validação ocorreu a partir da aplicação em uma população constituída por 31 sujeitos com diagnóstico de deficiência intelectual e 30 com TEA, sem menção ao local de condução do estudo. Posteriormente, Pereira, Riesgo e Wagner (2008) realizaram nova pesquisa para tradução, adaptação e validação para o Brasil. Embora tenham encontrado dados mais contundentes com relação à sensibilidade, deve ser interpretado como instrumento na população estudada, concluem que o estudo exija cautela, uma vez que não é possível generalizar os achados para as cinco regiões do país, considerando diferenças sociais, econômicas e culturais próprias a cada região.

É indicada para crianças acima de dois anos de idade. Trata-se de uma entrevista estruturada de 15 itens, que auxiliam o diagnóstico e identificação de crianças com autismo, sendo eles: 1) interação com as pessoas; 2) imitação; 3) resposta emocional; 4) uso do corpo;

5) uso de objetos; 6) adaptação à mudança; 7) reação a estímulos visuais; 8) reação a estímulos auditivos; 9) resposta e uso da gustação, olfato e tato; 10) medo ou nervosismo; 11) comunicação verbal; 12) comunicação não verbal; 13) nível de atividade; 14) nível e a coerência da resposta intelectual, e; 15) impressões gerais.

A pontuação atribuída a cada um dos itens acima varia de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas graves). A pontuação total varia de 15-60 e o ponto de corte para o autismo é 30, sendo que a escala fornece o grau de comprometimento do autismo, distinguindo entre leve-moderado (30-36) e grave (36-60). Além de ser sensível quanto à distinção entre o autismo e a outros atrasos no desenvolvimento (GONÇALVES; PEDRUZZI, 2013).

Pesquisas mais recentes, como a de Gonçalves e Pedruzzi (2013, p. 1013), apontam que a CARS “tem tendência a diagnosticar crianças com déficit cognitivo como autista na faixa etária entre dois e três anos, ou mesmo aquelas cuja idade mental corrigida equivale a esta faixa etária”. Ou seja, para que essa entrevista possa ser utilizada com “segurança” e não promova diagnósticos equivocados ou subdiagnósticos de TEA, seria necessário que fosse aplicada por um profissional treinado. Além disso, os autores apontam que esse instrumento não deve ser utilizado para diagnóstico precoce, uma vez que a confiabilidade só pode ser atestada em crianças a partir de três anos de idade.

A Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA) é utilizada para avaliação em casos de suspeita de autismo, foi elaborada por Ballabriga e colaboradores (1994) e validada no Brasil por Assumpção, et.al. (1999). É um instrumento acessível e de fácil aplicação e deve ser utilizado por profissionais conhecedores do quadro do autismo e baseado na observação comportamental de crianças a partir de dois anos.

Possui ao todo 23 subitens, sendo eles: 1) Dificuldade de interação social; 2) Manipulação do ambiente; 3) Utilização das pessoas ao redor; 4) Resistência às mudanças; 5) Busca de uma ordem rígida; 6) Falta de contato visual/Olhar indefinido; 7) Mímica inexpressiva; 8) Distúrbios de sono; 9) Alteração na alimentação; 10) Dificuldade no controle dos esfíncteres; 11) Exploração oral dos objetos (apalpar, chupar); 12) Uso inapropriado dos objetos; 13) Falta de atenção; 14) Ausência de interesse pela aprendizagem; 15) Falta de iniciativa; 16) Alteração de linguagem e comunicação; 17) Não manifesta habilidades e conhecimentos; 18) Reações inapropriadas à frustração; 19) Não assume responsabilidades; 20) Hiperatividade/Hipoatividade; 21) Movimentos estereotipados e repetitivos; 22) Ignora o perigo; 23) Aparecimento antes dos 36 meses.

A escala pontua com base nos seguintes critérios: (0) se não houver a presença de nenhum sintoma, (1) caso um sintoma esteja presente e (2) se mais de um sintoma estiver

presente. A pontuação final da escala é realizada a partir da soma aritmética dos pontos de cada subitem e o ponto de corte é (15) (ZAQUEU et al., 2015).

A pesquisa de Cucolicchio et al., (2010), composta com 76 sujeitos, sendo 40 com diagnóstico de deficiência intelectual e 36 com diagnóstico de Transtorno Invasivo de Desenvolvimento (TID), ao correlacionar a ATA com a CARS, os autores determinaram que a ATA é um instrumento sensível para o diagnóstico de TID.

A ADI-R é uma entrevista semiestruturada, utilizada para análise diagnóstica em casos de suspeita de autismo, foi elaborada por Rutter, Couteur e Lord (2003) e é considerada internacionalmente como “padrão-ouro” para avaliação e diagnóstico de pessoas com autismo. Indicada para uso desde a primeira infância à vida adulta, desde que se possua idade mental igual ou superior a dois anos.

É aplicada com familiares e/ou cuidadores e constituída por 93 questões subdivididas em seis seções. A primeira possui questões abertas, que levantam dados sobre o sujeito, sua família, aspectos do processo diagnóstico e escolaridade. A segunda sessão investiga os marcos do desenvolvimento. A terceira engloba questões relativas à comunicação. A quarta sessão explora questões sobre a interação social. A quinta enfoca questões relacionadas aos comportamentos repetitivos e estereotipados e a última é relativa aos comportamentos gerais (BACKES; ZANON; BOSA, 2017). O tempo de aplicação por um profissional treinado é de 1,5 a 2,5 horas (MARQUES; BOSA, 2015).

Dos 93 itens da entrevista, 42 são avaliados e sistematicamente combinados para produzirem o resultado formal e interpretável da ADI-R. Para cada questão, atribui-se um score de (0) a (3) (que varia de acordo com a severidade) e a nota de corte é (30), sendo possível obter três diagnósticos através da aplicação da escala: autismo; traços autistas sem a forma clássica da condição e não-autismo. Entretanto, esse instrumento não é capaz de especificar a gravidade do quadro (GONÇALVES; PEDRUZZI, 2013).

Ela foi traduzida e validada no Brasil por Becker em 2009 utilizando uma amostra de 20 sujeitos com TEA e 20 com deficiência intelectual, pareados por idade, e que faziam acompanhamento no Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Apesar dos critérios de validade terem sido satisfeitos – o instrumento deve ser reprodutível em diferentes tempos e por diferentes aplicadores –, ressalta-se que somente foi utilizado por aplicadores e em um contexto social referente à realidade do Rio Grande do Sul. Não se sabe, contudo, se há estudos que atestem a mesma especificidade em outros contextos socioculturais do Brasil e com um maior número de sujeitos, conforme os autores também pontuam em suas conclusões.

O TEACCH – Treatment and Education of Autistic and related Communicattion handicapped Children (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com déficits relacionados à Comunicação) é um programa que envolve as esferas de atendimento educacional, tendo como bases teóricas a Teoria Behaviorista e a Psicolinguística. Foi criado em 1966, por Eric Shopler et al., por meio de um projeto de pesquisa, desenvolvido na divisão de psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Carolina do Norte (EUA), que visava provar que o autismo não era derivado de questões emocionais (FORTUNATO, 2015).

O método foi implantado no Brasil, no ano de 1991 no Centro TEACCH – em Novo Horizonte (Porto Alegre/RS). Sendo que posteriormente alcançou AMAs e APAEs. A avaliação utilizada pelo método chama-se PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado), e contempla questões como: interação social, funções comunicativas, aspectos cognitivos e de comportamento (FERREIRA, 2008).

Entre as críticas pontuadas a essa avaliação transdisciplinar, pontua-se a limitação existente no protocolo com relação à linguagem compreensiva, por exemplo, a qual é avaliada somente em contextos em que se solicita algo à criança e ela corresponde ao interlocutor (GONÇALVEZ; PEDRUZZI, 2013).

5.2.3 Instrumentos de avaliação de linguagem

As dificuldades de linguagem são bem mais comuns nas crianças com TEA do que em crianças típicas, principalmente pelo comprometimento da interação social, pois é no meio social e por intermédio das interações com os interlocutores que a linguagem é construída (CELERI, 2018).

Entende-se aqui que a linguagem é um processo complexo que envolve não apenas a fala, mas diversas habilidades. Por isso, mesmo em crianças que falam, as dificuldades de comunicação podem aparecer de forma persistente.

Por conta disso, a avaliação da linguagem é essencial para elencar as principais dificuldades e potencialidades. Como resultado da revisão, os seguintes instrumentos foram elencados para avaliação da linguagem:

Quadro 9 - Instrumentos citados na literatura para avaliação específica da linguagem.

| Instrumento citado | Autor/ano | Público-alvo | Tradução adaptada culturalmente/V alidação | Formato | Uso profissional |
|--|--|---|---|--------------------------|--|
| Teste de Linguagem Infantil – ABFW | Andrade et.al. (2000) | Crianças entre 2 e 12 anos | Teste brasileiro | Protocolo padronizado | Profissionais da área de distúrbios da comunicação |
| Avaliação (ou amostra) do Comportamento Vocal (ACV) | Krug et. al., (1980) | Crianças a partir de 3 anos com hipótese de transtorno global do desenvolvimento (TGD) | Marteleto e Pedromônico (2005) | Faz parte do ASIEP | |
| Perfil Funcional da Comunicação (PFC) e Perfil Funcional da Comunicação - Revisado (FCP-R) | Kleiman (1994) | Crianças a partir de 3 anos com hipótese de transtorno global do desenvolvimento (TGD) | | Checklist | Profissionais da saúde, da educação, familiares ou o próprio sujeito |
| Checklist da Funcionalidade Comunicativa | Neubauer; Fernandes (2013) | Crianças entre três e 12 anos | Checklist criado a partir do instrumento PFC. | Checklist | Fonoaudiólogos |
| Avaliação de Interação | Krug et. al., (1980) | Crianças a partir de três anos com hipótese de transtorno global do desenvolvimento (TGD) | Marteleto e Pedromônico (2005) | Faz parte do ASIEP | |
| Children's Communication Checklist-2 (CCC-2) | Bishop (2006) | Crianças/adolescentes de quatro a 16 anos | Adaptado e traduzido | Questionário estruturado | |
| Avaliação da Maturidade Simbólica | Tamanaha, Perissinoto e Pedromônico (1998) | | Instrumento brasileiro | | |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

O Teste de linguagem infantil – ABFW foi elaborado por Andrade et al. (2000) e é indicado para avaliar a linguagem de crianças com idades entre dois e 12 anos nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. Ele é um teste desenvolvido para usuários do Português Brasileiro e compõe-se de quatro partes: Fonologia (Parte A), Vocabulário (Parte B), Fluência (Parte C) e Pragmática (Parte D), constituindo-se em instrumento de referência para o diagnóstico e planejamento de condutas de terapia dos distúrbios da comunicação (RODRIGUES; CRUZ-SANTOS; OLIVERIA, 2017; ANDRADE et al., 2000).

As pesquisas em torno da temática do TEA apontam para a utilização desse instrumento no tocante à investigação dos aspectos pragmáticos. Entretanto, salienta-se que há a ressalva de que não há estudos que atestem a qualidade psicométrica, ou o pareamento com sujeitos neurotípicos (CARBONIERI; LÚCIO, 2020; GONÇALVES; PEDRUZZI, 2013).

A Avaliação do Comportamento Vocal (ou amostra) do Comportamento Vocal (ACV) citada na literatura pesquisada também faz parte do ASIEP. Nesse contexto, são oferecidos objetos de interesse da criança, brinquedos e/ou estimulação física (brincadeira sensório social),

são registradas e, posteriormente, transcritas 50 emissões espontâneas produzidas pelas crianças durante um período de em média 45 minutos (tempo da sessão fonoaudiológica). Essas emissões são classificadas em: Variedade (emissões espontâneas e repetidas), função (comunicativa ou não comunicativa), articulação (inteligível ou ininteligível) e extensão (vocalização, balbucio ou palavras). Posteriormente, são analisadas pelos parâmetros: Extensão Média (complexidade das vocalizações, balbucio e palavras); Caracterização da Fala (quantidade de emissões atípicas – repetidas, não comunicativas e ininteligíveis) e Faixa da Linguagem (emissões típicas – fala espontânea, comunicativa e inteligível) (TAMANAHA; CHIARI; PERISSINOTO, 2015)

A Avaliação da Interação (AI) é um subteste do ASIEP e contempla respostas sociais da criança frente ao adulto e aos brinquedos, sendo que a criança é observada por 12 minutos em três situações diferentes: modelo ativo (adulto incentiva dando o modelo da atividade), iniciativa passiva (adulto apenas responde aos comportamentos da criança e observa) e instrução direta (o adulto comanda a atividade fornecendo instruções objetivas). Cada situação dura em torno de quatro minutos e o desempenho da criança é classificado a partir da: Interação (atividade compartilhada); Independência (atividade de exploração independente); Sem Resposta (atividade com ausência de resposta e presença de estereotípias comportamentais); Negação (atividade de recusa) e Escore Social (média de comportamentos interativos e sem resposta) (TAMANAHA; CHIARI; PERISSINOTO, 2015).

O Perfil Funcional da Comunicação (PFC) e Perfil Funcional da Comunicação - Revisado (FCP-R) foi desenvolvido inicialmente por Kleiman (1994) para avaliar as habilidades comunicativas em sujeitos com distúrbios da comunicação, com ênfase em: aspectos sensoriais, motores, atenção, linguagem receptiva e expressiva, pragmática/social, voz, motricidade orofacial, fala, fluência e comunicação não verbal. Ele pode ser aplicado de quatro formas: a partir de entrevistas com familiares, entrevistas com profissionais, interação com a criança e análise das filmagens ou entrevista com o próprio sujeito.

Santos (2012) empreendeu uma pesquisa para verificar a eficácia do instrumento com a participação de 50 sujeitos entre três e 14 anos com diagnóstico ou suspeita de TEA. Para a pesquisadora, a partir dos resultados do estudo, o instrumento tem sensibilidade para caracterizar a severidade das alterações encontradas nos domínios anteriormente citados. Além desse estudo, não foram encontrados outros na literatura nacional que se propuseram a investigar a validade e a sensibilidade desse instrumento no Brasil.

O Checklist da Funcionalidade Comunicativa é uma listagem de funções comunicativas, realizadas pelas crianças e/ou adolescentes. Aplicado em forma de entrevista, indica quais das

20 funções identificadas no perfil funcional da comunicação (PFC) a criança/adolescente utiliza, do ponto de vista da terapeuta, levando em consideração a ocorrência e os meios comunicativos utilizados. As ocorrências podem ser: sempre (S), muitas vezes (MV), raramente (R) ou nunca (N) e os meios comunicativos podem ser: verbal (VE), vocal (VO) e gestual (G), lembrando que as crianças podem usar mais de um meio para se expressar (SANTOS, 2012).

Observa-se que existem poucos instrumentos clínicos que enfatizem os aspectos pragmáticos da linguagem. O Children's Communication Checklist-2 foi desenvolvido por Bishop (2006), apresenta 70 itens que realizam a verificação de aspectos como: fala, vocabulário, estrutura da frase, habilidades de linguagem social de crianças e adolescentes entre quatro e 16 anos que se comunicam através de sentenças.

O teste é dividido em duas etapas, a primeira consiste em 50 perguntas que avaliam as dificuldades de comunicação; a segunda é composta por 20 perguntas a respeito dos pontos fortes das crianças/adolescentes na comunicação com os interlocutores. A resposta a cada uma deve ser pontuada de 0 a 3, sendo que: 0 = menos de uma vez por semana (ou nunca); 1 = pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias (ou ocasionalmente); 2 = uma ou duas vezes por dia (ou frequentemente); 3 = várias vezes (mais de duas) por dia (ou sempre). Para análise do teste são consideradas as dez subescalas que vão de A a J, sendo elas: A – Discurso, B – Sintaxe, C – Semântica, D – Coerência, E – Iniciação Inadequada, F – Linguagem Estereotipada, G – Uso do contexto, H – Comunicação não-verbal, I – Relações sociais e J – Interesses (COSTA et al., 2013).

O Children's Communication Checklist-2 (CCC-2), por sua vez, foi encontrado na literatura nacional como um recurso em potencial para “avaliação clínica de crianças com autismo e transtorno do desenvolvimento da linguagem” (COSTA et al., 2013, p. 115). Ele foi traduzido e adaptado transculturalmente, entretanto, mas ainda não apresenta estudos de validação no Brasil.

A Avaliação da Maturidade Simbólica é uma prova desenvolvida por Tamanaha, Perissinoto e Pedromônico (2014). Consiste em provas de imitação de nove esquemas gestuais simples, como beber, comer e cheirar; e a imitação de três esquemas gestuais sequenciais em rotinas familiares, como dar comida a uma boneca, dar banho, dar comida, etc.

O estudo de Souza et.al. (2015) aponta que pessoas com TEA possuem mais dificuldade em realizar essas ações e, portanto, a sua utilização poderia ser útil para estabelecer um diagnóstico diferencial com o Transtorno de Linguagem (TEL), atualmente chamado de Transtorno de Desenvolvimento da Linguagem (TDL).

5.2.4 Demais instrumentos para avaliação

Além de testes de rastreio, avaliação/diagnóstico específicos para TEA e avaliação da linguagem e comunicação, também podem ser aplicados instrumentos com objetivo de complementar a avaliação e/ou avaliar aspectos de desenvolvimento global, percorrendo todos os aspectos envolvidos no desenvolvimento infantil, permitindo um olhar integral da criança (ARVIGO; SCHWARTZMMAN, 2020). A seguir serão apresentados alguns destes, citados na revisão.

Quadro 10 - Instrumentos utilizados para complementar a avaliação para diagnóstico de TEA.

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|---|
| Ficha de Acompanhamento Infantil | Paravidini (2002) | Crianças ente 0 e 18 anos | Instrumento brasileiro | Avaliação observacional | Aplicado por profissionais da saúde e educação e familiares através da observação |
| IRDI – Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil | Kupfer e colaboradores (2009) | Crianças ente 0 e 18 anos | Instrumento brasileiro | Avaliação observacional | Aplicado por profissionais através da observação |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil foi um instrumento construído por Paravidini (2002) em sua tese de doutorado. De acordo com Braga e Ávila (2004), ela foi distribuída pelo Ministério da Saúde nas Unidades Básicas e presente na carteira de vacinação das crianças. Segundo os autores, o instrumento tem a finalidade de comparar o desenvolvimento da criança avaliada ao desenvolvimento esperado para a idade. Posteriormente, a Ficha foi revisada e ampliada, transformada no instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI).

A Ficha de Acompanhamento Infantil carece de material bibliográfico para análise na literatura brasileira, uma vez que não foram encontrados novos estudos que se utilizassem desse instrumento para triagem ou avaliação de TEA. Portanto, não há pesquisas para validação da sensibilidade e especificidade (GONÇALVEZ; PEDRUZZI, 2013).

O instrumento intitulado Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) foi elaborado a partir da teoria psicanalítica, durante uma pesquisa multicêntrica no Brasil, desenvolvida na Universidade de São Paulo, entre 2000 e 2008. Foi criado por uma demanda do Ministério da Saúde com o propósito de incluir a avaliação em consultas de rotina, para melhor identificação de problemas no desenvolvimento (KUPFER et al., 2010).

Partindo, principalmente, da observação do comportamento de crianças em creches, o instrumento possui 31 indicadores clínicos de risco, que podem se mostrar úteis para indicar um possível distúrbio psíquico. O profissional deve fazer uma leitura da observação realizada durante a consulta/sessão e, posteriormente, preencher se o indicador está presente, ausente ou se não foi possível verificá-lo. Esse é subdividido por faixas etárias (0 a 04 meses incompletos, 04 a 08 meses incompletos, 08 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses) (MARIOTTO; PESARO, 2018).

Os indicadores são avaliados a partir de quatro eixos teóricos: estabelecimento de demanda, suposição de sujeito, alternância presença e ausência, e função paterna. De acordo com De Souza et. al (2019), o IRDI deve ser aplicado e analisado por profissionais capacitados.

O instrumento está disponível para livre utilização, entretanto, enfrenta severas críticas, como o número de diagnósticos falso-positivos, a necessidade de recorrer à “memória” dos cuidadores, à falta de sensibilidade e à de validação (KUPFER; BERNARDINO, 2018).

5.3 CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO

No capítulo, discorreu-se acerca da avaliação da linguagem na perspectiva da multimodalidade, que frisa a significação das manifestações “não convencionais” dos sujeitos com TEA, colocando-os, assim, na posição de falantes.

Ao longo do texto, observou-se que, dentre as principais características do TEA, estão em evidência as alterações linguístico-cognitivas. Nesse sentido, fica nítida a relevância da avaliação fonoaudiológica da linguagem, assim como, diagnóstico e intervenção nos quadros de TEA, considerando que é de competência do fonoaudiólogo avaliar e tratar de questões relacionadas às alterações de linguagem que, neste caso, são inerentes ao quadro.

Percebe-se que, até o momento, não existe padronização, ou orientação que embase a prática dos profissionais no processo avaliativo. O que, em muito, pode comprometer esse processo, impactando na construção de planejamento terapêutico e delineamento da terapia.

Dessa forma, observa-se a partir da revisão de literatura empreendida que muitos profissionais buscam dar conta do processo avaliativo utilizando instrumentos da Fonoaudiologia associados a instrumentos de outras áreas do conhecimento, principalmente, da Psicologia e da área médica. Com isso, justifica-se a importância e a necessidade de estudos que abordem esse tema, a fim de chamar atenção para essa demanda, tendo em vista o grande aumento no número de casos e o evidente papel da linguagem no TEA.

Percebe-se que os instrumentos da Fonoaudiologia não são voltados para esse público especificamente, e não contemplam as características particulares do quadro, considerando que o desenvolvimento da linguagem desses sujeitos toma rumos alternativos quando comparado com o desenvolvimento de neurotípicos. Além disso, os instrumentos de outras áreas do conhecimento, mesmo que avalie de algum modo a linguagem, não tiveram a participação de um fonoaudiólogo em sua elaboração (com exceção do PEP-R, que ainda assim recebe críticas).

6 CONTORNOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE PESQUISA

Essa pesquisa configura-se como quali-quantitativa do tipo descritivo-interpretativista.

De acordo com Minayo (2001), a pesquisa qualitativa permite abranger um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo dos processos, fenômenos e relações que não podem ser reduzidos a variáveis. Então, esta metodologia tende a ressaltar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para compreender em sua totalidade o fenômeno vivenciado pelos sujeitos em determinado contexto (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Já, a pesquisa quantitativa, trabalha com variáveis numéricas, aplicando recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los. É indicada para pesquisas cujos resultados são passíveis de generalização (SILVA; MENEZES, 2001; SILVA, 2004). De acordo com a complexidade da apresentação dos dados, pode-se dividir em descritiva e analítica. No presente trabalho, interessa a pesquisa quantitativa analítica a qual envolve uma avaliação mais profunda sobre a coleta na tentativa de explicar a ocorrência de um fenômeno em determinado grupo ou população (MARCONI; LAKATOS, 2001; 2005).

6.2 GERAÇÃO DOS DADOS

Nesta dissertação, os dados foram gerados a partir de três movimentos: Uma revisão do Estado da Arte acerca do TEA, já realizada nos primeiros capítulos; A utilização de um questionário semiestruturado com fonoaudiólogos, e; Análise de Conteúdo dos dados. Abaixo os movimentos serão mais bem explicitados.

6.2.1 A Revisão do estado da Arte

A Revisão do Estado da Arte compreendeu o desenvolvimento do arcabouço teórico realizado nos primeiros três capítulos desta dissertação. Para tanto, a revisão envolveu os seguintes aspectos: i. Revisão acerca da historicidade, terminologia e a conceituação do TEA;

ii. Revisão da sintomatologia, etiologia e epidemiologia do TEA; iii. Revisão acerca dos critérios diagnósticos, da avaliação da linguagem e dos instrumentos utilizados.

6.2.2 Elaboração e aplicação de um questionário semiestruturado com profissionais fonoaudiólogos

O questionário foi elaborado pela autora e aplicado com fonoaudiólogos brasileiros que atuam, ou tenham atuado junto a sujeitos com TEA, na área da linguagem (APÊNDICE A). Ele é composto por 22 perguntas, 14 fechadas e oito abertas, divididas em algumas categorias, como: dados de identificação, de formação, experiência profissional, prática clínica, encaminhamentos, avaliação fonoaudiológica, avaliação complementar e inter/multidisciplinar. (APÊNDICE A). Além disso, há dois campos destinados a considerações acerca da avaliação e das impressões do sujeito ao responder o questionário.

Ressalta-se que a escolha do questionário como instrumento de coleta, junto aos fonoaudiólogos, surgiu pela necessidade da compreensão de como estes profissionais estão avaliando crianças atualmente.

O convite à pesquisa foi realizado por meio do envio de links em grupos de WhatsApp, Telegram e Instagram de fonoaudiólogos de todo o país. Utilizou-se como suporte o software housoft, um aplicativo de marketing que possui ferramentas destinadas ao impulsionamento de produtos e serviços. O aplicativo, em questão, pode rastrear contas por meio de palavras-chave, as palavras selecionadas pelas pesquisadoras foram: fga, fonoaudiólogo, fonoaudióloga, fonoaudiologia e fono. Após o rastreamento das contas, é gerada uma planilha com os seguintes dados: nome da conta, e-mail, site e telefone. Em posse dos dados, o aplicativo permite que seja encaminhada uma mensagem aos contatos.

Foram convidados a participar da pesquisa on-line fonoaudiólogos brasileiros que preencheram os seguintes critérios estabelecidos para o desenvolvimento da pesquisa:

- Inscritos no Conselho de Fonoaudiologia;
- Trabalhar, ou ter trabalhado na área de linguagem;
- Responder a todas as questões;

Todos os profissionais que aceitarem participar da pesquisa deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O questionário foi disponibilizado para acesso no período de maio a agosto de 2020.

Os dados coletados foram gerados pela ferramenta *Google*, o qual apresenta os dados em planilhas Excel ou gráficos.

6.2.3 Análise de Conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que propicia a análise de diversas fontes de conteúdo. Sendo que a interpretação pode ser realizada objetiva ou subjetivamente.

De acordo com a Análise conteúdo proposta por Bardin (2011), essa análise é dividida em três partes, sendo elas:

- Pré análise – Corresponde à leitura e à organização do material a ser investigado.
- Exploração do material – Consiste na classificação e categorização dos recortes elencados para análise.
- Inferência e interpretação: Caracterizada pelo tratamento dos resultados obtidos.

Ressalta-se que, para o presente trabalho, as perguntas do questionário foram transformadas nas seguintes categorias, a partir das temáticas elencadas: Sujeitos da pesquisa; Diagnóstico de TEA – equipe multidisciplinar; Avaliação da linguagem; Considerações a partir dos relatos dos participantes.

6.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os aspectos considerados na análise dos dados retomam os pressupostos da ND, principalmente, no tocante ao contexto sócio-histórico e cultural, ao conceito de linguagem, sujeito, interação, interlocutor e a relação entre cérebro e linguagem e cérebro e cultura. Questões abordadas no capítulo 4.

6.3.1 Contexto social/cultural/histórico

Ainda que fatores genéticos e ambientais devam ser considerados no tocante do TEA, é importante frisar a relevância do contexto sociocultural para o desenvolvimento infantil (BOSA, 2002).

O DSM-V descreve algumas dificuldades relativas aos aspectos culturais no TEA, como pode ser visto a seguir:

Haverá diferenças culturais nas normas de interação social, comunicação não-verbal e relacionamentos; indivíduos com transtorno do espectro autista, entretanto, apresentam prejuízos marcados em relação aos padrões de seu contexto cultural (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 57).

As dificuldades interacionais são amplamente descritas na literatura, frequentemente relacionadas à internalização de regras sociais aprendidas através da incorporação da cultura passada de geração em geração (LEONTIEV, 2004).

A esse respeito, Leontiev (2004, p. 279) defende que “[...] o homem é um ser de natureza social, que tudo o que tem de humano nele provém da sua vida em sociedade, no seio da cultura criada pela humanidade”. Assim, se compreende que os aspectos biológicos não são suficientes para que o sujeito se desenvolva e viva em sociedade, necessitando do contato com o outro, pois é nesse contexto de interação que o sujeito biológico se torna sujeito sócio-histórico.

A partir do exposto, sujeitos com TEA devem ser compreendidos a partir da consideração não apenas dos fatores biológicos, mas também social e cultural que farão parte da constituição do sujeito e apropriação da linguagem (ORRÚ, 2019).

6.3.2 Cérebro e linguagem sob o olhar da perspectiva discursiva

Ressalta-se que o presente trabalho é norteado pela Neurolinguística Discursiva (ND) e, assim sendo, a seguir serão apresentados os pressupostos teórico-metodológicos da área, no que diz respeito à linguagem, interação, sujeito e interlocutor.

Partindo dos pressupostos da ND, pode-se dizer que nesta perspectiva a linguagem é vista como uma atividade constitutiva do sujeito e de significação do mundo, ligada às experiências socioculturais e condições históricas. Sendo assim, entende-se que o processo de apropriação da linguagem só pode ser compreendido a partir das interações sociais mediadas por práticas discursivas.

A ND parte de um arcabouço teórico-epistemológico que se ancora nos estudos de Vigotsky, Luria e do Círculo de Bakhtin, tendo em vista aspectos sociais para a análise da linguagem.

Dessa forma, ao abarcar os estudos do Círculo de Bakhtin, compreende-se que a linguagem não pode ser considerada um objeto isolado da realidade, mas sim compreendida a partir das esferas física, fisiológica, psicológica, bem como da relação com a organização social.

Portanto, a linguagem é compreendida nesse contexto como um objeto complexo e amplo (BAKHTIN; VOLOSHÍNOV, 2014).

Nesse sentido, analisar a linguagem como um fenômeno essencialmente social, não permite que se considere a língua como um sistema abstrato, pois isso não daria conta da realidade concreta da língua. Ela não pode ser entendida como um ato individual, uma vez que a estrutura da enunciação é puramente social e, portanto, discursiva – que se legitima de fato, entre os falantes. Sendo necessário tomar a língua como viva e considerar que ela evolui no processo histórico na própria comunicação verbal (BAKHTIN; VOLOSHÍNOV, 2014). Portanto, a realidade fundamental da língua é a interação discursiva, objeto social, marcado pela interlocução, já que toda palavra parte de alguém e se destina a alguém, o que constrói produto da interação.

De acordo com Bakhtin (2014) o discurso é um fenômeno social, tido como a materialização da linguagem. Só sendo possível dentro das relações dialógicas que se dão entre sujeitos e estão permeadas pelos fatores sociais, históricos e culturais. Este é compreendido como vivo, visto que é um trabalho realizado entre os sujeitos, partindo do pressuposto que enunciador leva sempre em consideração o discurso do outro para construir o próprio.

Nessa perspectiva, o discurso é materializado por meio do enunciado. O enunciado é a unidade da linguagem que materializa a comunicação discursiva, sendo que apenas ele possibilita a existência do discurso.

De acordo com Santos (2020), a enunciação é composta de três partes:

Quadro 11 - Exemplo de enunciação segundo Santos (2020).

| ASPECTOS | EXEMPLO |
|---|---|
| O espaço e o tempo em que ocorre a enunciação | Palestra em Universidade particular, no ano de 2005, período da tarde e em horário da aula de disciplina obrigatória. |
| O objeto ou tema de que trata a enunciação | Preconceito Linguístico no contexto da sala de aula, um estudo desenvolvido com estudantes de 10 a 16 anos de escolas públicas no estado de São Paulo. |
| A atividade dos falantes frente à enunciação | Palestrante Pós-doutor em Linguística que defende a importância de se compreender a variação linguística no contexto da escola, frente a alunos de graduação do primeiro período de Letras-espanhol, que se posicionam de forma contrária sobre o tema. |

Fonte: Santos (2020). Adaptado pela autora.

Para se compreender o enunciado, é importante analisar o contexto em que ocorre, pois a depender de fatores sociais, culturais e históricos sua significação poderá tomar diferentes formas. De acordo com Volochínov (2013, p. 86):

Uma enunciação concreta (e não uma abstração linguística) nasce, vive e morre no processo de interação social dos participantes da enunciação. Sua significação e sua forma em geral se definem pela forma do caráter desta interação. Ao arrancar a enunciação deste chão real que a alimenta, perdemos a chave que abre o acesso de compreensão tanto de sua forma quanto de seu sentido; em nossas mãos ficam ou uma moldura linguística abstrata, ou um esquema abstrato de sentido [...].

Nesse sentido, o enunciado é único, irrepetível e sempre distinto de outros, pois modificados os falantes, o espaço, o tempo, o tema e a atividade, o sentido dado a determinado enunciado será alterado.

Sob esse aspecto de observação, analisar a linguagem implica analisar o diálogo. Sendo assim, o enunciado é a base da análise, impassível de isolamento e observável apenas no contexto social. O conteúdo do enunciado varia de acordo com os interlocutores e ele é regulado a partir de gêneros discursivos, que se referem à estilística e estrutura dos enunciados relacionados ao propósito da enunciação (ex: conversa, palestra). Nesse sentido, a pesquisa em ND busca compreender o processo de produção enunciativa e as estratégias intrínsecas a este processo.

Luria (1991) destaca que a linguagem pode modificar os processos cognitivos, como atenção, memória e percepção, além de reorganizar esses processos e permitir reorganização da experiência emocional e o aparecimento da imaginação. Esse papel da linguagem também é descrito nos estudos de Vigotsky (1991). De acordo com Morato (2000), a função reguladora da linguagem é fluída, mediadora dos processos cognitivos e organizadora dos conteúdos.

Desta forma, se compreende que a linguagem ocupa um papel fundamental no desenvolvimento humano. E que o processo de aquisição proporciona que o sujeito tenha acesso ao mundo simbólico, modificando o modo de agir, pensar e significar.

Nesse sentido, a linguagem não é apenas uma expressão de conhecimento, mas uma inter-relação fundamental entre pensamento e linguagem, constituindo um ao outro. Sendo assim, compreende-se que a avaliação da linguagem não pode ser apartada de questões subjetivas e dos aspectos históricos, culturais e sociais que estão presentes na sociedade. Considera-se aqui que, assim como os sujeitos são heterogêneos, há heterogeneidade nos processos cognitivos e linguísticos também. Portanto, as “diferenças” devem ser observadas de modo singular, de modo a não incorrer em generalizações que não conseguem abarcar as especificidades dos sujeitos.

Partindo do pressuposto de que a linguagem emerge da e na interação com o outro, não é possível compreendê-la sem considerar a interação como ponto principal de análise. Avaliar a linguagem, portanto, é avaliar a interação. Isso, pois, a interação não é compreendida como um lócus em que a linguagem acontece, mas como uma categoria de análise dos fatos de linguagem (MORATO, 2004). Dito isso, compreende-se que é de interesse discutir acerca do papel da interação no processo de desenvolvimento do sujeito.

A perspectiva sócio-histórico-cultural concebe o cérebro como um “Sistema Funcional Complexo”, partindo principalmente das formulações teóricas de Luria. Portanto o modelo de funcionamento neuropsicológico proposto é de um sistema dinâmico, plástico, produto de evolução sócio-histórica e da experiência social do sujeito, internalizada e depositada no cérebro.

Portanto o cérebro não pode ser visto como um sistema fechado, pré-definido, inalterável. Ele corresponde a um sistema aberto que está permanentemente em contato com o meio e que se molda por meio da interação com o outro e com os objetos. Percebe-se que essa concepção enfatiza a natureza subjetiva e social desse funcionamento, ao afirmar que o cérebro é um órgão moldado pelas experiências externas que, por sua vez, transformam o funcionamento cognitivo. Isso, pois, é na interação que se dá o processo de aprendizagem e que surgem as diferentes formas de comunicação (NOVAES-PINTO, 2012; FREITAS, 2006).

Nesse contexto, a linguagem ocupa lugar de destaque e é vista como a mais importante função mediadora e constitutiva e transformadora dos processos cognitivos superiores (atenção, memória, percepção) (NOVAES-PINTO, 2012).

6.3.3 Interação e desenvolvimento

Primeiramente, se faz necessário identificar a abordagem teórica da qual se parte, pois cada abordagem compreenderá o papel da interação à sua maneira. No presente estudo, parte-se da ND.

De acordo com Morato (2004), o interesse da perspectiva interacionista na Linguística ultrapassa o anseio por descrever e compreender o tipo de sistema que compõe a linguagem e se debruça, principalmente, no estudo do seu funcionamento e do modo como ela se relaciona com fatores externos, ou seja, com o mundo, em diferentes e heterogêneas condições.

Destaca-se que nessa perspectiva a prática discursiva está relacionada à interação, que é inerente a toda e qualquer prática humana. Ou seja, conforme elucidações de Morato (2004, p. 312), “toda ação humana procede de interação”.

Compreende-se que a interação é a relação estabelecida entre dois ou mais sujeitos organizados socialmente e é tida como circulação de discursos e apropriação de discursos em circulação, determinada pelas situações sócio-históricas de produção dos enunciados e pelos gêneros do discurso Bakhtin (2014). Sendo que a interação parte da/na troca com o outro e que é por meio dessa troca que o sujeito se constitui e se apropria da linguagem.

Dito isso, defende-se que o desenvolvimento humano está atrelado à relação de interação entre os sujeitos, que envolve em muito o processo de mediação. Visto que é através da relação com o outro que a criança irá ultrapassar os limites biológicos, se apropriando dos ensinamentos passados, construindo seu modo de agir, pensar e sentir. Processo em que a linguagem cumpre papel fundamental. A cerca do processo de mediação e desenvolvimento Vigotsky (1996, p. 284-285) elucida:

O bebê depende dos adultos que dele cuidam em todas as circunstâncias; devido a isso se configuram relações sociais muito peculiares entre a criança e os adultos do seu entorno. Tudo o que poderá fazer mais tarde a criança por si mesma, durante o processo de sua adaptação individual, agora, pela imaturidade de suas funções biológicas, pode ser executado somente através do outro, somente em situação de colaboração. Portanto, o primeiro contato da criança com a realidade está socialmente mediado.

Portanto, a criança a princípio dependerá dos signos externos e da significação dada pelo mediador para suas ações. Para que progressivamente se aproprie desse significado e utilize em contextos semelhantes.

Além do mediador, o autor destaca o papel do instrumento. Aqui o instrumento é visto como um intermediário entre o sujeito e o seu objeto de trabalho, destinado a uma determinada função, como por exemplo, um gesto, uma expressão facial, um objeto concreto que apresente um significado social. Visto que esse Instrumento possibilitará a ampliação da ação do sujeito sobre o meio, resultando no aperfeiçoamento da atividade humana.

Em relação ao tema, Sforni (2008, p. 3) defende:

O homem não se relaciona diretamente com o mundo, sua relação é mediada pelo conhecimento objetivado pelas gerações precedentes, pelos instrumentos físicos ou simbólicos que se interpõem entre o homem e os objetos e fenômenos. Do mesmo modo que os instrumentos físicos potencializam a ação material dos homens, os instrumentos simbólicos (signos) potencializam sua ação mental.

Partindo da perspectiva de que a linguagem é um objeto social, se faz necessário analisar as relações sociais e como se dá o processo de mediação, considerando quem são os interlocutores, contexto cultural em que estão inseridos, a posição social que ocupam e o momento histórico. Nesse sentido, a interação é carregada da singularidade dos sujeitos, que se diferenciam de uma coletividade por ter sua própria personalidade.

Portanto, na avaliação da linguagem, deve-se considerar não apenas com o fator orgânico, mas também fatores de ordem social, cultural e histórica, que se relacionam com as vivências e experiências a que o sujeito foi exposto, aspectos que são observados por meio da interação mediada pelo outro.

Diante do exposto, a compreensão de outros conceitos também se mostra importante para que se esclareça a visão de linguagem da qual a ND parte. Uma vez que a visão do autista, da sua relação com a linguagem e com mundo está perpassada por esses conceitos e influencia no processo avaliativo.

6.3.4 Sujeito

Para Bakhtin (2015) o sujeito se constitui por meio da troca com o outro, não sendo possível que seja compreendido como um ser puramente psicológico.

Sobre a compreensão apresentada por Vigotsky a respeito da concepção de sujeito, Chicon et al. (2019) destaca que “[...] O autor considera o homem como um ser biológico, social e cultural, membro da espécie humana e sujeito participante de um processo histórico, constituído nas relações sociais”.

Nesse sentido, percebe-se que não há separação entre corpo e mente, sendo o sujeito é compreendido como uma totalidade, que considera o subjetivo, o social. Portanto, o sujeito se constitui nas relações com o outro, que por meio da mediação permite sua inserção no mundo social.

De acordo com Vigotsky (1991), um ponto importante é a qualidade das relações estabelecidas entre os sujeitos, partindo do pressuposto que o mediador deve propiciar condições para que a criança se desenvolva. Pois de acordo com o autor, o sujeito não nasceria apto para cumprir papéis sociais, estes seriam desenvolvidos com base nas experiências individuais.

Deste modo, o conceito de alteridade torna-se fundamental sendo que as crenças, formas de ver o mundo, opiniões e valores (ideologias) se modificam a medida que estabelecemos

relações dialógicas com o outro, processo que está em constante construção. Assim, a identidade e a individualidade do sujeito se constroem na relação de alteridade e não de forma isolada das suas práticas sociais (SILVEIRA; ROHLING; RODRIGUES, 2012).

Na perspectiva discursiva, o sujeito é caracterizado pela responsabilidade e responsividade de seus enunciados, ele é tanto responsável por seus dizeres, quando estes são resposta a outros enunciados já existentes (GEGe, 2009).

Nesse sentido, não é possível pensar no sujeito fora da relação com o outro, nem ignorar a natureza dialógica da linguagem, uma vez que é a partir da interação que o sujeito se constitui.

6.3.5 Interlocutor

Segundo Cavalcante (2018), o interlocutor cumpre papel fundamental no processo de aquisição da linguagem, tendo em vista que é na interação com o outro que a criança tem acesso ao mundo e adquire conhecimento. Em um primeiro momento, é no contexto familiar e nas relações cotidianas que essa troca acontece através de gêneros primários. Na medida em que é expandida a prática social, progressivamente a criança vai ocupando outros papéis discursivos e se apropriando de diferentes gêneros do discurso.

A esse respeito Soares (2006) pontua que:

A criança, desde seu nascimento, é imersa num mundo social, onde a atividade humana é mediada pela linguagem. Através de sua ação sobre esse mundo, a criança vai, gradativamente, apropriando-se dos traços da cultura, impregnados nas suas relações com os objetos e com o outro, seja este um adulto, seja este uma outra criança. E é nessa perspectiva que os processos de coordenação das ações da criança devem ser apreendidos.

Diante do exposto, concluiu-se que o interlocutor ocupa um lugar de mediador, sendo que essa mediação é indispensável para que o sujeito se aproprie e internalize significados sociais, culturais e se desenvolva. Visto que as experiências sócio-históricas contribuem e muito para o desenvolvimento humano, pois é por meio dessa troca com o outro que o sujeito se constitui e se apropria dos conhecimentos acumulados por gerações anteriores (LEONTIEV, 1959).

Diante do exposto observa-se o destaque dado à interação social, levando em consideração o espaço, o tempo em que está situado o sujeito, e principalmente a mediação realizada pelo outro, que transmite de geração em geração a cultura e contribui para a constituição do sujeito. Portanto, nessa perspectiva, não se pode desvincular o desenvolvimento

da linguagem de tais aspectos. E é ancorada nesses pressupostos que a discussão a seguir será empreendida.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise que será a partir de agora empreendida, como comentada na metodologia, é de cunho descritivo-interpretativista, em que serão correlacionadas as respostas dos participantes com a literatura discutida anteriormente. É necessário ressaltar que as interpretações não buscam findar as possibilidades de análise dos dados, mas apresentar uma perspectiva de observação da qual se parte nessa pesquisa, a Neurolinguística Discursiva voltada à avaliação de pessoas com TEA.

Após a geração dos dados, foi realizada uma análise de conteúdo a partir dos resultados encontrados através da aplicação do questionário junto aos fonoaudiólogos brasileiros e os dados foram categorizados considerando os aspectos a serem discutidos, de acordo com a temática abordada.

Diante do exposto, este capítulo é composto por quatro seções, sendo elas: i. Sujeitos da pesquisa; ii. Diagnóstico de TEA – equipe multidisciplinar; iii. Avaliação da linguagem; iv. Considerações a partir dos relatos dos participantes.

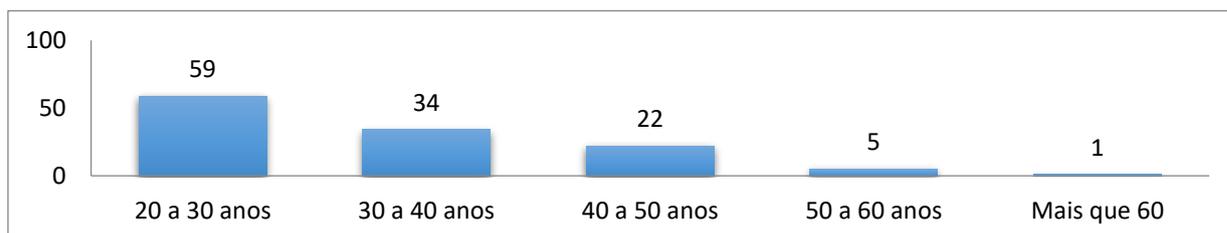
Essas seções foram divididas de modo a dar amparo ao objetivo geral e aos objetivos específicos da pesquisa. Para retomar brevemente e sinalizar ao leitor qual será a linha argumentativa, objetiva-se investigar como os fonoaudiólogos avaliam sujeitos com suspeita ou diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

7.1 SUJEITOS DA PESQUISA

Serão discutidos, a seguir, os aspectos gerais relacionados ao perfil dos participantes da pesquisa, como a idade, instituições em que realizaram a graduação, atual região de exercício da profissão, tempo de formação, experiência profissional no TEA e formação complementar.

Abaixo, será apresentado um gráfico relativo à idade dos participantes da pesquisa.

Gráfico 2 - Idade dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

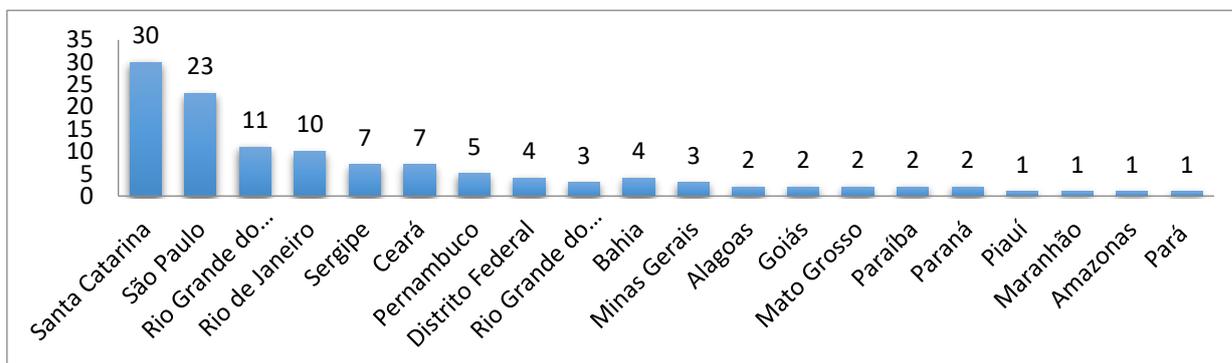
Observa-se que, dos 121 fonoaudiólogos, 48,8% encontram-se na faixa etária compreendida entre 20 a 30 anos, portanto acredita-se que estão formados e atuando a menor tempo, quando comparados ao restante dos participantes, que correspondem a 51,2%. Desses 46,3% apresentam idade entre 30 e 50 anos e apenas 4,9% estão acima dos 50 anos, sendo que, possivelmente, essa parcela possui maior tempo de atuação e experiência. Demonstrando, assim, que o perfil de sujeitos é diverso e compreende vivências em uma faixa etária ampla.

As instituições de formação relatadas referem-se a 37 universidades, a 13 centros universitários, a 11 faculdades e um instituto¹⁰. Essas instituições estão distribuídas em vários estados brasileiros: São Paulo, Santa Catarina, Brasília, Goiás, Minas Gerais, Maranhão, Bahia, Amazônia, Alagoas, Paraná, Ceará, Paraíba e Rio Grande do Sul. Dessas, 55,7% correspondiam a instituições do tipo privada.

Com relação ao Estado brasileiro em que os participantes residem e trabalham atualmente, podemos observar o seguinte panorama:

¹⁰ Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas-FMU, Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÉ, Centro Universitário de Várzea Grande-UNIVAG, Centro Universitário Fametro, Centro Universitário IBMR Barra, Centro Universitário Ingá – UNINGÁ, Centro Universitário Lusíada-UNILUS, Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Centro Universitário Nobre-UNIFAN, Centro Universitário Pitágoras, Centro Universitário São Camilo, Centro Universitário Uninovafapi, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI, Faculdade Estácio de Sá, Faculdade Fátima, Faculdade IELUSC, Faculdade Pitágoras de Fortaleza, Faculdade Santa Terezinha-CEST, Faculdades Reunidas da ASCE – FRASCE, Fundação de Ensino Superior de Olinda-FUNESO, Instituto Maranhense de Ensino e Cultura-IMEC, PUC Minas, PUC-GO, PUC-PR, PUC-SP, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, ULBRA, Universidade Bandeirante de São Paulo-UNIBAN, Universidade Católica De Pernambuco-UNICAP, Universidade da Amazônia-UNAMA, Universidade de Brasília-UNB, Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Universidade de Passo Fundo-UPF, Universidade de São Paulo-USP, Universidade de Uberaba – UNIUBE, Universidade do Estado da Bahia-UNEB, Universidade do Oeste Paulista-UNOESTE, Universidade do Sagrado Coração - UNISAGRADO, Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL, Universidade Estadual Paulista-UNESP, Universidade Federal da Bahia-UFBA, Universidade Federal da Paraíba-UFPB, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, Universidade Federal de São Cristóvão-UFS, Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, Universidade Federal de Sergipe-UFS, Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Universidade Federal Fluminense-UFF, Universidade Feevale, Universidade Guarulhos-UNG, Universidade Paulista-UNIP, Universidade Potiguar-UNP, Universidade Vale do Rio Verde - UNICOR, Universidade Veiga de Almeida-UVA.

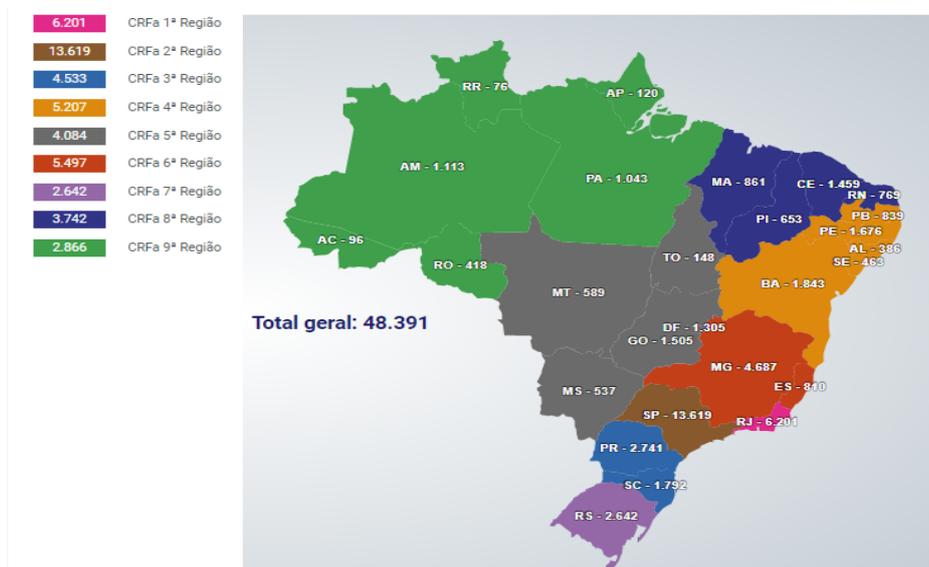
Gráfico 3 - Estados em que os participantes trabalham e residem atualmente.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A partir dos dados acima, pode-se observar que 25,6% dos respondentes residem e trabalham em Santa Catarina, seguido por São Paulo (19%), Rio Grande do Sul (9,1%) e Rio de Janeiro (8,3%). Entretanto, se hipotetiza que houve dificuldade em ter acesso aos profissionais residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, uma vez que há poucos participantes nessas regiões. Nesse sentido, a quantidade de respondentes em Santa Catarina pode ser devido à proximidade da pesquisadora com os participantes, apesar do convite à pesquisa ter sido realizado a partir de envio de links em grupos de WhatsApp, Telegram e Instagram de fonoaudiólogos do país todo. Além da distribuição irregular de fonoaudiólogos ao longo do país e uma possível carência de profissionais que atendam a demanda linguagem e TEA em algumas regiões.

Figura 1 - Número de fonoaudiólogos de acordo com os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia.



Fonte: Conselho Federal de Fonoaudiologia

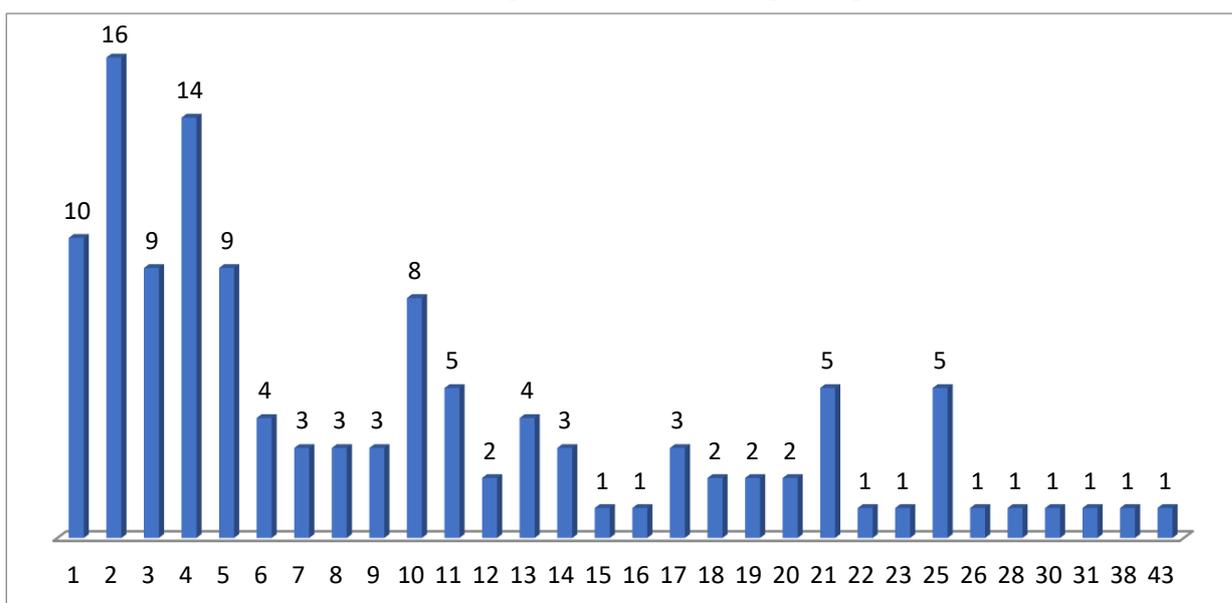
Quadro 12 - Distribuição dos especialistas em linguagem no Brasil.

| REGIÃO | QUANTIDADE |
|----------------|------------|
| 1 ^a | 158 |
| 2 ^a | 422 |
| 3 ^a | 86 |
| 4 ^a | 54 |
| 5 ^a | 128 |
| 6 ^a | 148 |
| 7 ^a | 53 |
| 8 ^a | 37 |
| 9 ^a | 27 |

Fonte: Conselho Federal de Fonoaudiologia

Em relação ao tempo de formação dos profissionais, segue abaixo:

Gráfico 4 - Tempo de formação dos participantes

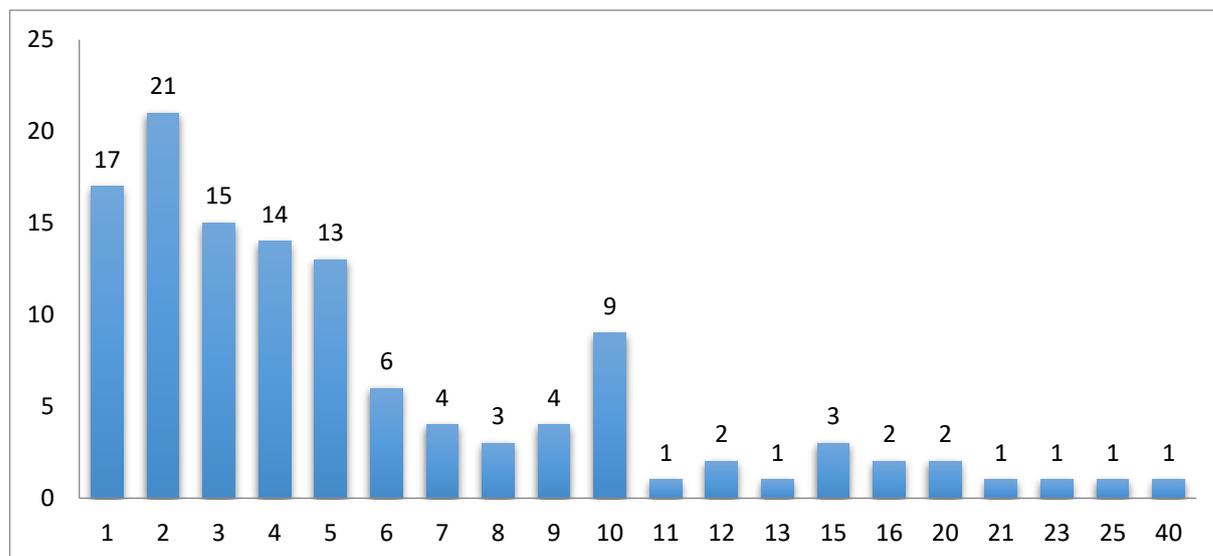


Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A partir do exposto, percebe-se que, em relação ao tempo de formação, 62% dos respondentes declaram ter se formado nos últimos 10 anos, sendo que 39,7% no intervalo entre dois e cinco anos, 17,3% entre seis e dez anos e apenas 8,3% no tempo igual ou inferior a um ano.

Abaixo será apresentado um gráfico relativo ao tempo de experiência no TEA relatado pelos fonoaudiólogos participantes.

Gráfico 5 - Tempo de experiência de atendimento fonoaudiológico para sujeitos com TEA (em anos).



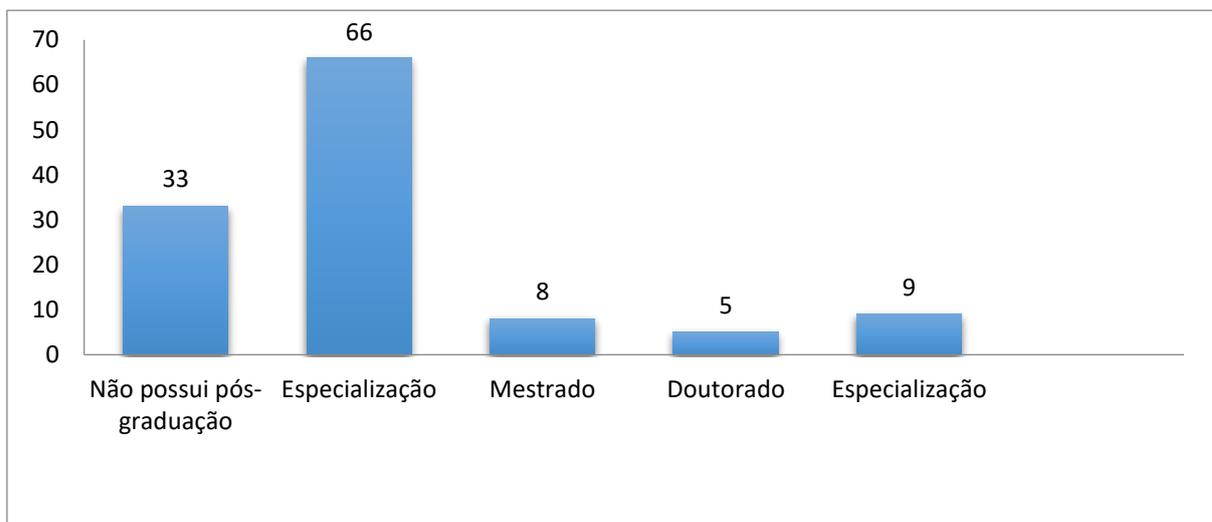
Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

No gráfico 10 acima, há a relação entre o tempo de atuação junto a sujeitos com TEA em anos – no eixo horizontal e a quantidade de participantes que responderam no eixo vertical. De acordo com os dados anteriormente apresentados, há mais profissionais formados nos últimos dez anos, entretanto, como se pode ver, 66,1% dos participantes da pesquisa relataram atuar na área nos últimos cinco anos, sendo que 24% relataram atuar entre seis e dez anos e apenas 9,9% há mais de 11 anos.

Sobre a experiência profissional, Montenegro e Celeri (2018) destacam a relevância da experiência e familiaridade com o quadro de TEA, sobretudo no processo de avaliação diagnóstica, uma vez que é papel do profissional dar suporte e fornecer orientações aos familiares e a escola, além de identificar dificuldades e potencialidades, que, posteriormente, guiarão o planejamento terapêutico. Conclui-se, então, que a experiência profissional é um fator fundamental no trabalho junto ao sujeito com TEA.

Outro ponto que merece destaque é a educação continuada. O termo refere-se às experiências profissionais posteriores à conclusão da graduação, em que o profissional busca pelas competências necessárias ao mercado de trabalho em que se insere (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008). Em relação a esse aspecto, observa-se o seguinte panorama:

Gráfico 6 - Tipo de pós-graduação dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A partir do gráfico exposto acima, é possível perceber que 72,7% dos fonoaudiólogos buscaram algum tipo de pós-graduação, sendo que a mais citada foi especialização, correspondendo a 54,5% da amostra. Entretanto, outras modalidades foram citadas em menor escala, como especialização e mestrado (7,4%), mestrado (6,6%), doutorado (4,1%). Observa-se, também, que a parcela de 27,4% não buscou pós-graduação após a formação inicial em fonoaudiologia.

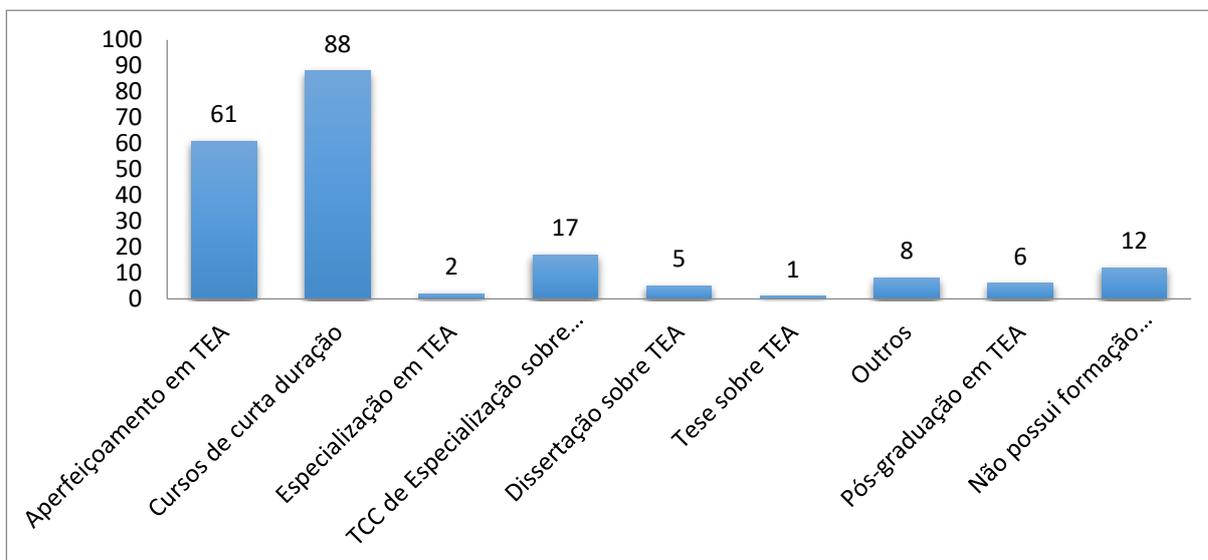
Da parcela que não possui pós-graduação, o correspondente a 51,7% é composto por sujeitos que possuem até dois anos de formação e 37% estão formados entre três e cinco anos. Esses dados demonstram uma possível relação entre pós-graduação e o tempo de formação dos profissionais.

Nesse sentido, destaca-se a importância de buscar aprimoramento constante, tendo em vista que contribui para a melhoria dos serviços prestados, sobretudo, no presente momento, em que os avanços tecnológicos acontecem muito rapidamente, trazendo a necessidade de atualização dos profissionais.

Atualmente, é possível observar o aumento na oferta de formações complementares com ênfase no TEA ou em aspectos correlatos, como Transtornos Motores de Fala, Comunicação Alterativa, Aumentativa e Suplementar. Acredita-se que esse aumento na oferta também esteja correlacionado com o aumento pela procura por parte dos profissionais e pela grande relevância do tema a partir das modificações nos Manuais e Classificações internacionais.

Assim, sobre a formação específica nessa área de atuação, os fonoaudiólogos apontaram:

Gráfico 7 - Formação específica em TEA.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Observa-se, a partir do gráfico acima, que as modalidades mais apontadas foram: cursos de curta duração e aperfeiçoamento, correspondendo a 72,7% e 50,4% respectivamente, o que demonstra interesse e busca por aprimoramento, mesmo que alguns dos profissionais não tenham ingressado em uma pós-graduação. Outras modalidades também foram apontadas, mas com menor frequência, como: TCC de especialização (14%), pós em TEA (4,9%), dissertação (4,1%), especialização (1,6%) e tese (0,8%).

O correspondente a 6,6% dos participantes citou outras formações como sendo voltadas para o cuidado do sujeito com TEA, sendo eles: Assistência terapêutica no método Denver, estágio multidisciplinar no atendimento ao TEA, pós em ABA, PECS, integração sensorial, Prompt e apraxia. Essas formações não necessariamente são voltadas somente para esse público, uma vez que são métodos e intervenções terapêuticas voltadas para atrasos globais de desenvolvimento, questões sensoriais, de ordem motora de fala e implementação de comunicação aumentativa/alternativa. Apesar disso, não se nega a sua contribuição para o processo avaliativo, realização de diagnóstico diferencial e identificação de comorbidades que conduzirão o planejamento terapêutico.

Chama-se a atenção para o fato de 9,9% dos participantes relatarem não ter qualquer tipo de formação para atuar com sujeitos com TEA, o que pode ser bastante preocupante considerando as peculiaridades do quadro. Desses, 50% eram formados entre um e três anos e 50% apresentavam mais nove anos de formação, indicando que mesmo profissionais formados há mais tempo podem não buscar educação continuada específica.

A respeito disso, os participantes da pesquisa¹¹ se posicionaram ao responder ao questionário:

P. 109

“Muitos profissionais não sentem confiança ou não sabem como intervir quando chega algum caso. Tudo fica mais complicado quando vem outras complicações associadas ao autismo. Não sabem para quem encaminhar, o que dizer para os pais, enfim. Eu particularmente sinto algumas necessidades quanto aos materiais, jogos e estratégias de estimulação.”

P. 23

“Percebi que atuo com comunicação constante com equipe multidisciplinar. O que é bom. Mas percebi também que preciso fazer mais cursos.”

Os relatos vão ao encontro do que fora discutido até então e reforça a necessidade da educação continuada para o aprimoramento profissional, capacitação, desenvolvimento de estratégias, domínio dos procedimentos avaliativos e terapêuticos, para gerar melhorias nos atendimentos voltados para as necessidades individuais e específicas dos sujeitos e suas famílias (DESTRO, 1995; OLIVEIRA, 2007).

7.2 DIAGNÓSTICO

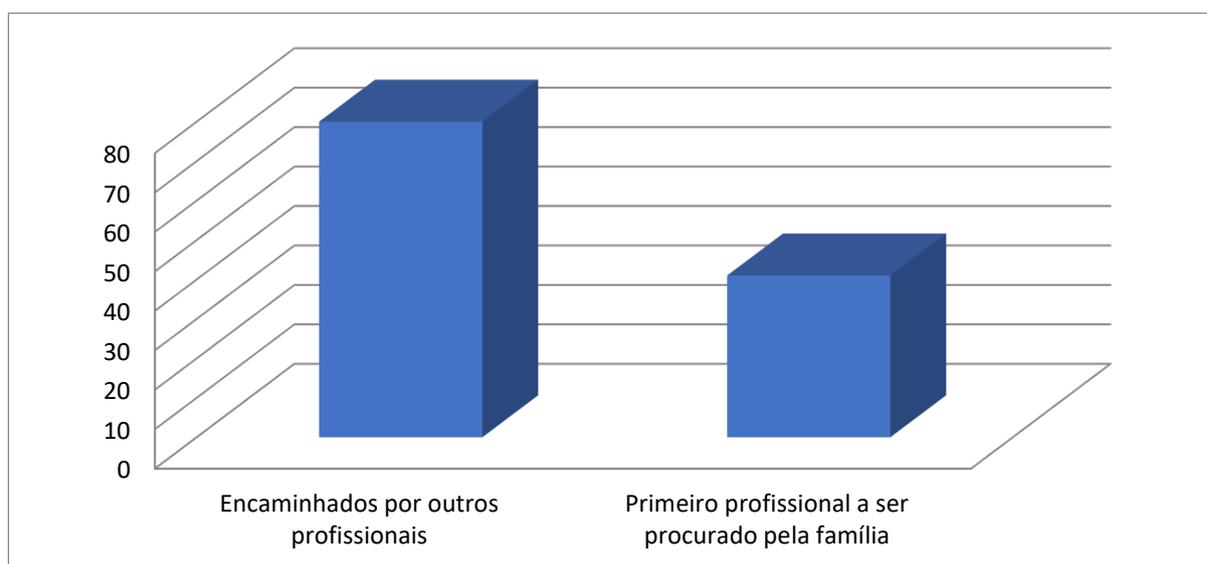
Atualmente, tem se destacado a importância do diagnóstico precoce realizado por equipe multidisciplinar com objetivo de proporcionar uma visão integral do sujeito e uma intervenção mais efetiva (OLIVEIRA, 2017). Nesse sentido, também é relevante eleger o diagnóstico diferencial como fator fundamental no processo de diagnóstico de TEA, visto que diversas outras patologias podem interferir no desenvolvimento infantil, da linguagem e social (ARVIGO; SCHWARTZMMAN, 2020).

¹¹ Os participantes da pesquisa serão identificados por sigla, sendo P (participantes) + número.

Nesta seção, serão apresentados ao leitor aspectos a respeito das considerações feitas pelos fonoaudiólogos sobre o diagnóstico de TEA, tendo em vista que a fonoaudiologia ocupa papel de destaque no processo de diagnóstico, por tratar de questões de linguagem, questão central em sujeitos com TEA.

Na sequência, pode-se observar que a busca pelo serviço fonoaudiológico, na maioria das vezes, ocorre de duas formas: encaminhamento realizado por outros profissionais da saúde (como o médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outros), ou procura direta da família pelo profissional.

Gráfico 8 - Busca pelo atendimento fonoaudiológico.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A partir do gráfico, é possível observar que 66,1% fonoaudiólogos indicaram receber o sujeito por meio de encaminhamento realizado por outros profissionais, o que sugere que profissionais de diferentes áreas de atuação estão reconhecendo a fonoaudiologia como relevante em casos de TEA.

Segundo Alvim (2020), a fonoaudiologia foi a terapia mais indicada entre 2018 a 2019 para crianças e adolescentes com TEA em acompanhamento no ambulatório de neuropsiquiatria do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), o que indica que é frequente e crescente o direcionamento de sujeitos com TEA para o atendimento fonoaudiológico, reforçando não apenas a atuação dos profissionais da área, mas também o papel da linguagem no quadro.

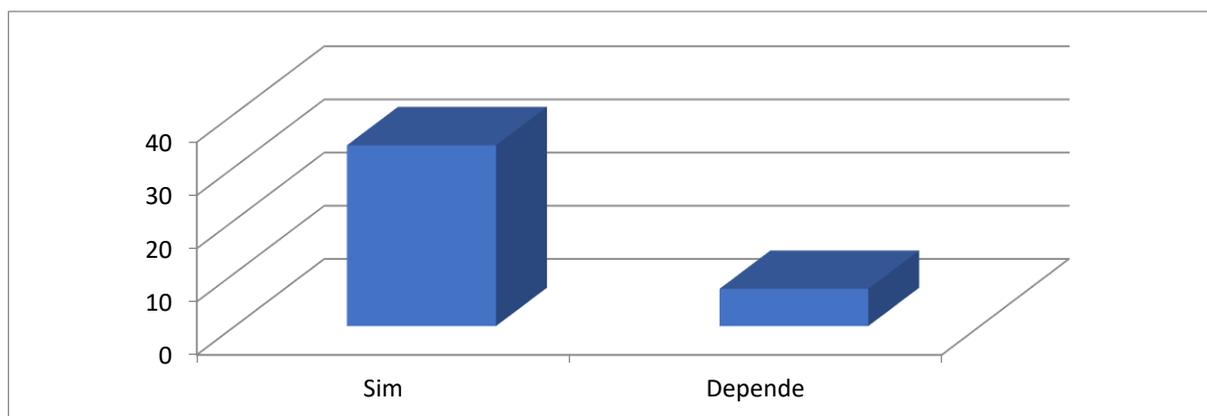
Em contrapartida, 41 dos participantes da pesquisa – correspondente a 33,9% - indicou ser o primeiro profissional procurado pela família, o que reforça a importância da avaliação

fonoaudiológica e a preocupação e identificação por parte dos familiares no que se refere às dificuldades linguístico-cognitivas apresentadas pelos sujeitos com TEA.

Rotta, Ohlwlweiler e Riesgo (2016) indicam que em casos de TEA a linguagem e cognição mostram-se como fatores determinantes para o prognóstico, destacando a relação da linguagem com progressos futuros no desenvolvimento dos sujeitos. Para isso, é necessária uma avaliação meticulosa e detalhada para que se direcione o trabalho do fonoaudiólogo no que diz respeito ao desenvolvimento social, linguístico e cognitivo.

Em relação aos fonoaudiólogos que indicaram serem os primeiros profissionais contatados pela família, observa-se abaixo o panorama quanto a realização de encaminhamento para outros profissionais:

Gráfico 9 - Encaminhamentos de fonoaudiólogos a outros profissionais em casos de suspeita ou diagnóstico de TEA.

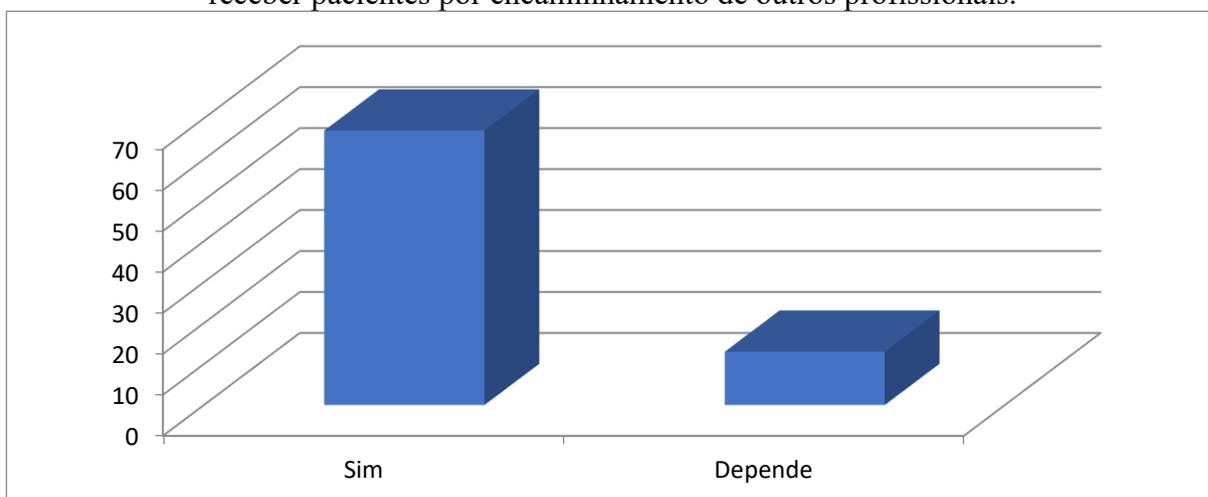


Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Observa-se, diante do exposto, que 82,9% responderam que realiza encaminhamento para outros profissionais, o que sugere que a maioria dos participantes da pesquisa está de acordo com o indicado na literatura atual, que preconiza a avaliação multidisciplinar em quadros sugestivos de TEA (PINTO et al., 2016; GAIATO, 2018; BRASIL, 2014).

Entretanto, 17,1% dos respondentes sinalizaram que nem sempre realizam encaminhamentos para diagnóstico em equipe, indicando que é realizada uma análise a depender da demanda de cada caso. Fato este que se torna preocupante, pois como indicado anteriormente, o sujeito com TEA pode apresentar prejuízos em diversas áreas do desenvolvimento. Porém, a resposta pode ter ocorrido devido aos sujeitos já realizarem acompanhamento multidisciplinar. Assim sendo, nenhum participante indicou que não realiza encaminhamentos.

Gráfico 10 - Encaminhamentos de pacientes realizados pelos profissionais que relataram receber pacientes por encaminhamento de outros profissionais.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Dos participantes que indicaram receber os sujeitos via indicação de outros profissionais, 83,8% indicaram realizar encaminhamentos, o que pode sugerir que mesmo que o sujeito venha encaminhado por outros profissionais é possível que não realize acompanhamento multidisciplinar ou ainda assim necessite de avaliações complementares. Desse grupo, 16,2% indicaram realizar encaminhamentos a depender do caso, talvez pelo mesmo motivo indicado anteriormente, pois alguns sujeitos podem já estar em acompanhamento. Nenhum respondente apontou não realizar encaminhamentos. Portanto, conclui-se que em ambas as situações o encaminhamento se faz presente na prática dos fonoaudiólogos.

A esse respeito, segundo a literatura pesquisada, há a necessidade de que a avaliação para o diagnóstico de TEA seja de forma inter/multidisciplinar, não somente para que o diagnóstico seja preciso e se façam avaliações diferenciais, mas para que diferentes comorbidades sejam analisadas de modo a compreender holisticamente o sujeito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015; DE ARAUJO VILHENA et al., 2015).

No tocante à avaliação multidisciplinar, participantes se posicionaram de forma favorável:

P. 18

“Acredito que deve ser consolidado mais a visão multidisciplinar no diagnóstico de autismo, pois vejo muitos casos, em que Neurologistas

diagnosticam Autismo em consultas rápidas de 30 minutos, sem antes pedir de fato as avaliações de outros profissionais, e isso pode desestabilizar a família e dificultar o tratamento.”

P. 51

“Para mim não existe avaliar um aspecto isolado no autismo, todos os profissionais devem estar muito cientes da avaliação global do paciente, assim como não acredito ser possível reabilitar a linguagem isoladamente, no autismo.”

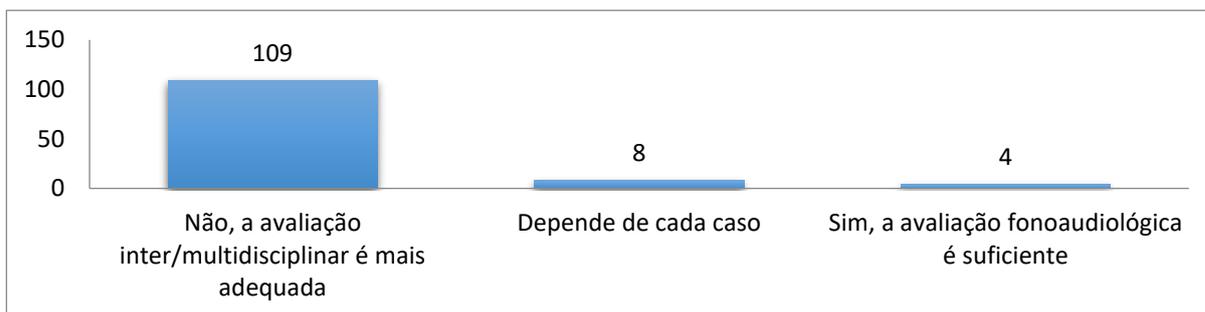
Como se pode ver acima, os participantes da pesquisa apontam a necessidade imprescindível de que a avaliação de casos de TEA seja realizada em equipe inter/multidisciplinar. Nesse sentido, também, como apontado acima, os recortes avaliativos isolados, podem dificultar a compreensão do sujeito como um todo e influenciar no processo diagnóstico e terapêutico. Assim, no tocante à integralidade do sujeito com TEA, Evangelista (2018, p. 11) ressalta:

A ideia de integralidade, para a pessoa com TEA e a família se faz em duas concepções: Na concepção do sujeito, onde há a necessidade de uma visão multidimensional não estereotipada das dificuldades apresentadas, que devem ser contextualizadas, e na concepção do cuidado onde há necessidade de uma diversidade de ofertas de atenção, diante das distintas manifestações, evitando a reprodução de respostas imediatistas e padronizadas.

Portanto, chama-se atenção para a necessidade de uma visão integral do sujeito e um distanciamento de condutas reducionistas e práticas descontextualizadas que desconsideram as multifaces do TEA.

Além disso, os participantes, em sua maioria (90,1%), acreditam que somente a avaliação fonoaudiológica não é suficiente para diagnosticar casos de TEA. Sendo necessário, portanto, que o diagnóstico seja realizado em equipe inter/multidisciplinar. Entretanto, alguns participantes acreditam que a avaliação do fonoaudiólogo é suficiente (3,3%) ou que depende de cada caso (6,6%), como podemos ver no gráfico abaixo:

Gráfico 11 - Acerca da suficiência da avaliação fonoaudiológica para diagnosticar TEA.

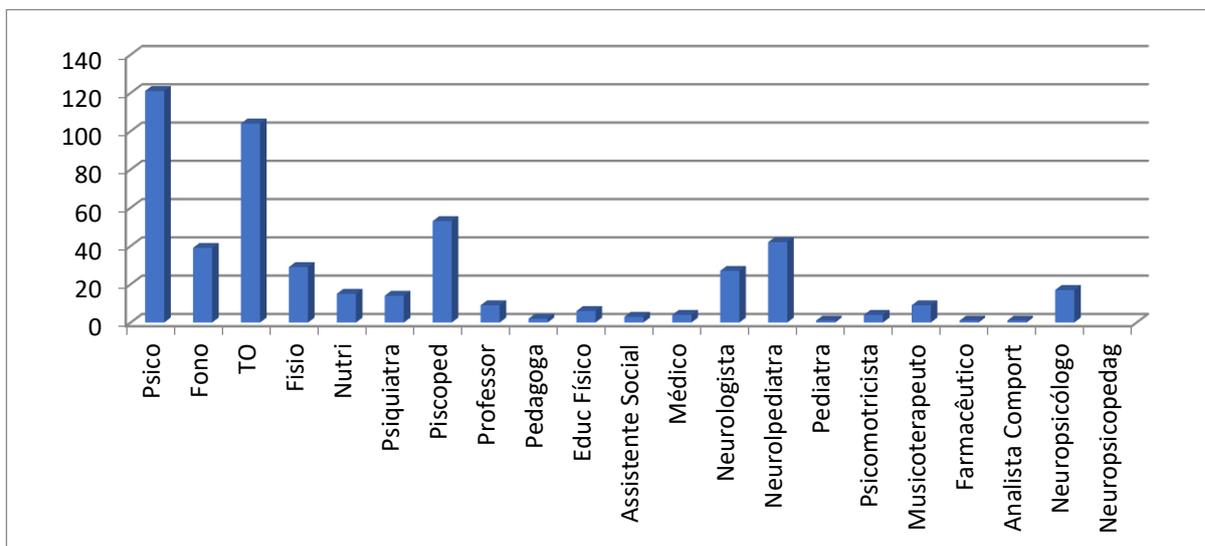


Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Em relação aos participantes que indicaram as opções “depende do caso” e “sim, a avaliação fonoaudiológica é suficiente”, 50% apresentam experiência correspondente a quatro anos ou menos junto a sujeitos com TEA, e 50% acima de oito anos, sendo que todos relataram ter pós-graduação. Dessa forma, a partir da amostra coletada, a experiência ou educação continuada não necessariamente está relacionada às crenças apresentadas pelos profissionais. Destes, uma parcela de 34% relata não realizar encaminhamentos ou a depender do caso, o que demonstra que em alguns profissionais ainda se distanciam da prática multidisciplinar, que é indicada pela literatura como sendo a mais indicada no TEA, pois esse é um quadro que está para além da linguagem, envolvendo diversas áreas do conhecimento.

Quando questionados em relação à composição da equipe, os fonoaudiólogos elencaram os seguintes profissionais:

Gráfico 12 - Profissionais elencados pelos fonoaudiólogos como integrantes na equipe inter/multidisciplinar.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Como se pode observar, os profissionais mais citados pelos fonoaudiólogos foram: Psicólogo (100%), Terapeuta Ocupacional (85,9%), Neuropediatra/Neurologista (57%), Psicopedagogo (43,8%), Fonoaudiólogo (32,2%) e Fisioterapeuta (24%), indo ao encontro do que é indicado na literatura, como já mencionado no capítulo 3, apesar de alguns profissionais serem menos citados do que outros.

Percebe-se, a partir do exposto, que o único profissional citado por todos os participantes foi o psicólogo, talvez pela atuação envolver o desenvolvimento global, questões comportamentais e de saúde mental. Além disso, também foi mencionado por uma parcela dos participantes quando questionados sobre sua formação complementar os pressupostos da análise do comportamento (ABA), método cientificamente indicado para atuação no TEA, o qual parte de estudos da psicologia (MEDEIROS, 2020; NETO, 2018; DE MORAES, 2021).

O terapeuta ocupacional também aparece em lugar de destaque, possivelmente pelos frequentes relatos presentes na literatura no que se refere a transtornos sensoriais no TEA. O neuropediatra/neurologista emerge nas indicações por tratar de questões de ordem cognitiva e de saúde geral, além de fornecer o laudo diagnóstico final. O psicopedagogo pode ter sido indicado também com frequência por atuar na avaliação de desenvolvimento global. E, por fim, o fisioterapeuta pode ter sido elencado pelos profissionais por tratar de questões motoras, também relatadas na literatura (SAMPAIO, 2018; MUNIZ et al., 2016; PRATES et al., 2019).

Se hipotetiza que a fonoaudiologia não foi colocada em papel de destaque por se tratar de uma pesquisa sobre avaliação fonoaudiológica da linguagem, fazendo com que os participantes fossem levados a citar outros profissionais e não a sua própria formação.

Por outro lado, alguns profissionais elencados pela literatura, como o neuropsicólogo e o professor/pedagogo foram citados por uma pequena parcela dos participantes, correspondendo a 14% e 9,1%, respectivamente.

Um dos respondentes citou como componente da equipe o analista comportamental, que é uma especialização ampla baseada no método ABA e pode ser realizada por profissionais de diversas áreas de atuação (NASCIMENTO; DE SOUZA, 2018).

Chama a atenção que as especializações médicas não tenham aparecido em 100% das respostas, tendo em vista a participação crucial do profissional no processo de diagnóstico – correspondendo a 72,7% entre citações de médicos sem especificação, pediatras, neuropediatras, neurologistas e psiquiatras.

Além disso, foram mencionados profissionais como: educador físico, musicoterapeuta, psicomotricista, neuropsicopedagogo, farmacêutico, assistente social e nutricionista, que não são frequentemente citados na literatura como componentes da equipe no momento do

diagnóstico. Isso sugere que talvez a pergunta não tenha sido bem formulada e não tenha ficado bem explícito para os participantes que se referia à avaliação e diagnóstico e não à intervenção.

Como já citado anteriormente, muitos profissionais podem fazer parte da equipe multidisciplinar e isso dependerá da demanda apresentada por cada criança. Os mais citados na literatura atual são: médico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, pedagogo, psicopedagogo, psicólogo e neuropsicólogo (GAIATO, 2018). Portanto, pode-se concluir que as respostas apresentadas em relação ao diagnóstico de TEA sugerem que a maioria dos profissionais tem trabalhado de acordo com o preconizado cientificamente, ainda que alguns relatem uma prática distante ao trabalho multidisciplinar.

7.3 AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM

Segundo Befi-Lopes (2003), o processo de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico na área de linguagem é o primeiro passo para a identificação das alterações no desenvolvimento e levantamento de informações que contribuirão para o processo de reabilitação/intervenção.

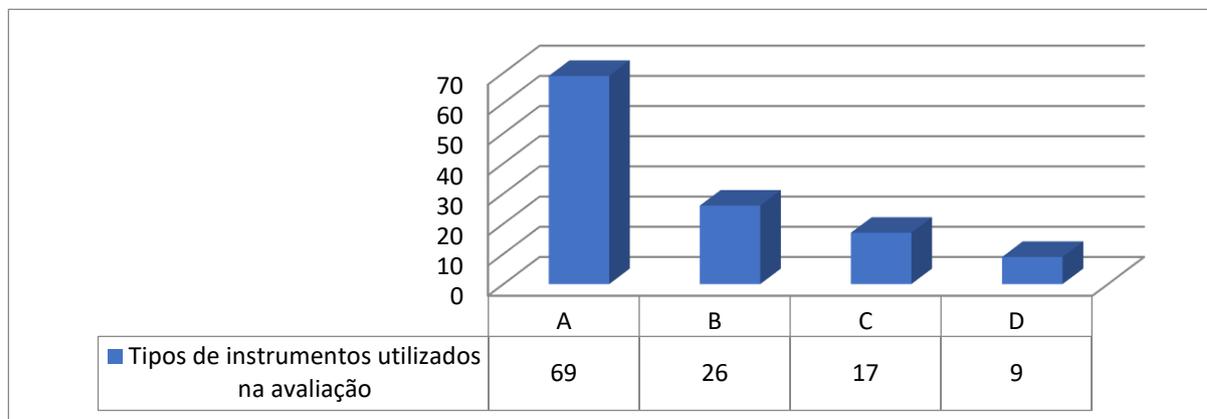
Desde as primeiras descrições do quadro de TEA, as alterações de linguagem mostraram-se como um ponto de unanimidade entre os diferentes autores, ocupando um papel central (KANNER, 1943; ASPERGER, 1944; WING, 1980). A linguagem é elencada como um dos critérios para diagnóstico, colocando, assim, aspectos linguístico-cognitivos como um ponto central no TEA. Inclusive, a maioria dos familiares costuma buscar ajuda profissional, principalmente, ao perceber alterações de fala, atrasos ou regressões no desenvolvimento da linguagem criança, antes mesmo de um ano de idade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; VOLKMAR; WIESNER, 2018).

Considerando a relevância do papel da linguagem no TEA, essa seção dedica-se a descrever como fonoaudiólogos brasileiros realizam avaliação da linguagem nesses casos. Uma vez que a área da Linguagem é apontada como área predominante de atuação dos fonoaudiólogos (SCHIAVO, 2013).

Em seguida, será discorrido a respeito dos seguintes elementos: tipo de avaliação, instrumentos utilizados, aspectos considerados na avaliação, ambientes avaliativos, gravação/transcrição das interações e perspectiva teórica adotada.

7.3.1 Tipo de Avaliação

Gráfico 13 - Tipo de instrumentos utilizados pelos participantes.



- (A) Utilizo instrumentos já existentes (normatizados) e associa à avaliação qualitativa/aberta;
 (B) Utilizo instrumentos já existentes (normatizados), mas faço adições, modificações e complementações;
 (C) Não utilizo instrumentos normatizados, faço uma avaliação qualitativa/aberta;
 (D) Utilizo instrumentos já existentes (normatizados) respeitando todas as instruções.

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Diante do exposto, observa-se que uma parcela considerável dos participantes indicou associar a avaliação qualitativa/aberta a instrumentos normatizados, correspondendo a 57,02% da amostra, seguido por 21,49% que indicou realizar adições e modificações aos instrumentos já existentes, 14,05% que relatou não utilizar instrumentos e realizar avaliações exclusivamente abertas, e por fim 7,49% que indicou respeitar as instruções dos instrumentos normatizados. Em relação ao tema, um participante expôs:

P. 52

“Sinto falta de protocolos específicos para crianças dentro do Espectro, por isso, sinto-me na "liberdade" de adequar ou modificar a aplicação dos protocolos existentes”.

De acordo com Fernandes (1996), sujeitos com TEA não apresentam apenas um atraso de linguagem, portanto, o desenvolvimento não segue respeitando as etapas do desenvolvimento considerado típico. Por conta disso, possivelmente, os instrumentos não contemplem a avaliação do sujeito com TEA, fazendo com que os profissionais desenvolvam seu próprio método de avaliação, seja aplicando mais de um instrumento, associando avaliações

abertas ou realizando adaptações, com objetivo de adequá-los às demandas e características específicas da linguagem desse público. Isso, pois, até o momento não existem instrumentos na fonoaudiologia que considerem as questões individuais do quadro.

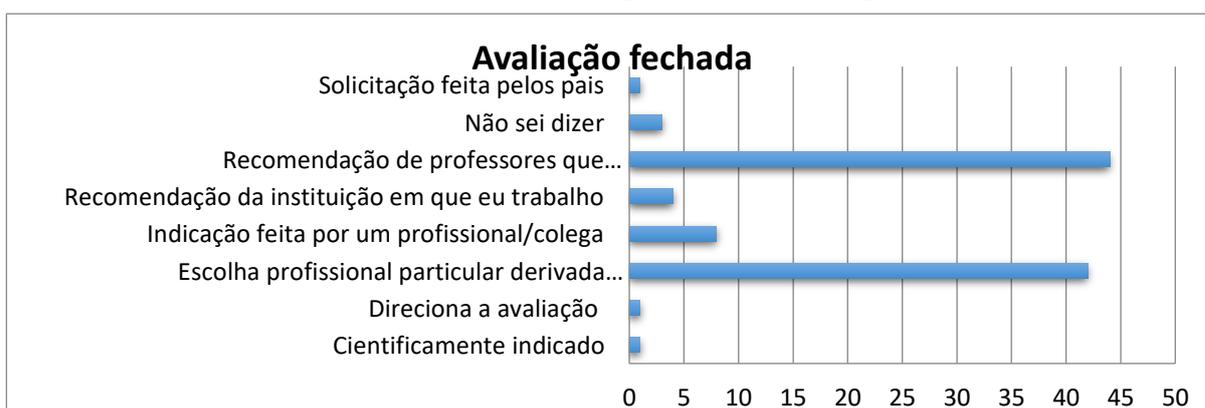
É importante destacar que os instrumentos de avaliação da linguagem não têm o objetivo de diagnosticar o TEA e, sim, auxiliar no diagnóstico diferencial e na identificação características linguísticas sugestivas do quadro, que serão consideradas junto às avaliações da equipe multiprofissional e podem contribuir para o processo de diagnóstico. Além disso, servirão de guia para a construção de um planejamento terapêutico voltado para as dificuldades e potencialidades do sujeito.

Ainda, sobre o tema dos participantes que indicaram optar pelo modelo de avaliação exclusivamente aberta, a parcela de 58,8% apresenta até cinco anos de formação, o que não sugere relação entre maior tempo de formação e a opção. Uma vez que 82,3% formaram-se no setor privado, o que pode indicar uma relação entre o modelo de avaliação e o tipo de instituição de formação.

Já, em relação aos respondentes que indicaram utilizar instrumentos e seguir as normas de aplicação, o correspondente a 66,7% formou-se no setor privado e possuem tempo de formação igual ou inferior a cinco anos. Isso pode sugerir uma relação entre o tipo de instituição e a escolha e indicar que o pouco tempo de formação pode levar o profissional a dar preferência por seguir as instruções dos instrumentos. Porém, observa-se que 77% possuem pós-graduação e 100% formação específica em TEA, o que sugere que, na amostra analisada, a educação continuada pode ter relação com o seguimento das instruções.

Ainda, com relação ao modelo de avaliação escolhido pelos profissionais, questionou-se acerca da motivação que teria levado a escolha. A seguir serão expostos gráficos que apresentam os resultados.

Gráfico 14 - Motivo da escolha por avaliação do tipo fechada.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Sobre os respondentes que indicaram a realização de avaliações fechadas, pôde-se observar que os motivos que apareceram de forma mais frequente foram: recomendações de professores e escolha profissional derivada de estudos/prática, o que demonstra a relevância da supervisão e orientação de professores durante a formação dos profissionais, além da experiência e necessidade de atualização constante.

Também foram citadas como fatores de motivação, porém, em menor escala: indicação de colegas, recomendações da instituição em que trabalham, métodos/metodologias cientificamente indicadas, avaliações que direcionam a avaliação e por solicitação dos familiares. Isso sugere uma influência desses fatores na tomada de decisão em relação ao instrumento a ser elencado para a avaliação.

Dentre os três participantes que indicaram não saber, dois apresentam entre seis e dez anos de experiência com TEA. O outro está formado há um ano e durante este período sempre atuou na área. Dessa forma, observa-se que até mesmo profissionais mais experientes podem ter dificuldades em refletir sobre a sua prática, mas isso não ocorre apenas relacionado à questão do TEA, mas com relação aos profissionais da linguagem, de forma geral. Um exemplo disso é o estudo de Rodrigo e Maldonade (2019, p. 1). Os autores realizaram uma pesquisa com objetivo de compreender qual é a abordagem teórica em linguagem com que os fonoaudiólogos se identificam e adotam em sua prática. Sobre os resultados, os autores concluíram:

Os resultados indicam que as profissionais reconhecem bases teóricas para atuação em linguagem, mas demonstram dificuldades em diferenciar correntes. Além disso, a maior parte das respondentes referiu mesclar as abordagens teóricas na clínica, o que pode sugerir distanciamento entre componentes clínicos e teóricos da Fonoaudiologia bem como distanciamentos entre Fonoaudiologia e Linguística. Os achados reforçam a necessidade de (re)aproximação entre os componentes clínicos e teóricos da Fonoaudiologia bem como a necessidade de realização de estudos envolvendo a dimensão terapêutica em Linguagem e Fonoaudiologia.

A partir do exposto, observa-se a necessidade e importância que se tenha domínio e conhecimento da linha teórica, pois isso vai direcionar e delinear todo o processo de avaliação, influenciando nas técnicas adotadas, os materiais utilizados, entre outros fatores.

A seguir, será apresentado um gráfico sobre a motivação de escolha por avaliações do tipo abertas.

Gráfico 15 - Motivo da escolha por avaliações do tipo abertas.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Observa-se, a partir do gráfico acima, que tanto os profissionais que realizam avaliações abertas quanto os que optaram por avaliações fechadas declaram, em sua maioria, que a escolha derivou de estudos/prática clínica e recomendação de professores.

Dentre os que optaram por avaliações exclusivamente abertas, um respondente relatou apresentar outro motivo, porém não indicou qual seria. Apenas um participante indicou não saber o motivo, sendo que esse apresenta mais de 20 anos de formação, entretanto, relata ter apenas um ano de experiência em casos de TEA. Levanta-se a hipótese de que a dúvida ao responder pode ter surgido por conta da falta de familiaridade com o tema e pouco tempo de atuação.

7.3.2 Ambiente de atendimento

Em relação ao processo avaliativo, uma questão que merece ser abordada refere-se aos ambientes em que ocorre essa avaliação.

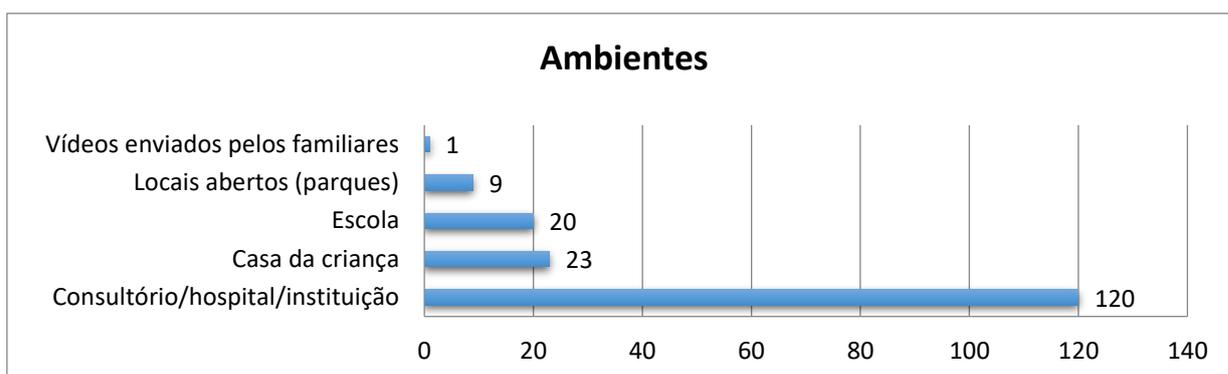
Laureano (2017), em sua pesquisa intitulada “Recomendações Projetuais Para Ambientes Com Atendimento De Terapia Sensorial Direcionados A Crianças Com Autismo”, discute acerca da influência do ambiente físico no processo terapêutico de crianças com TEA. Baseando-se na psicologia ambiental, proposta por Brunswik, um psicólogo que fez contribuições para o funcionalismo, os autores destacam:

O que é possível perceber na Psicologia Ambiental é a relação dos fatores e elementos ambientais influenciando nos sentidos, na percepção e, posteriormente, nas ações dos indivíduos diante de um determinado ambiente. Segundo Ittelson et. al. (1974), trata-se da busca do conhecimento sobre a interação entre os aspectos psicológicos do homem e seu ambiente físico (LAUREANO, 2017, p. 51).

Apesar de a autora possuir foco em outra área do conhecimento, pode-se transpor essa premissa também para a área da Fonoaudiologia. Considerando que o sujeito ocupa diversos espaços, e que a depender da sua familiaridade com determinado ambiente e dos estímulos proporcionados por ele, pode re(agir) de formas diferentes na tentativa de se regular. Principalmente, quando se trata da criança com TEA, que frequentemente apresenta questões sensoriais e inflexibilidade relativa a mudanças, fatores que podem interferir na adaptação ao novo ambiente, na geração de vínculo e, conseqüentemente, no processo avaliativo.

Em relação aos ambientes de avaliação, foi elaborada uma questão de múltipla escolha, com cinco possibilidades de resposta (consultório/hospital/instituição, casa da criança, escola, parques/locais abertos e outros). No gráfico abaixo, pode-se vislumbrar os resultados obtidos.

Gráfico 16 - Ambientes em que os profissionais realizam a avaliação de TEA.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Quanto aos ambientes em que é realizada a avaliação, 99,2% indicaram o consultório/hospital/instituição como sendo o principal local de atuação, sugerindo que a prática ainda ocorre de maneira mais frequente nesse ambiente. Seguido pelo ambiente domiciliar (19%), escolar (16,5%) e ambientes ao ar livre (7,4%). Sendo que apenas um participante indicou solicitar vídeos encaminhados pelos familiares.

Esse tema traz reflexão e fomenta a discussão sobre adaptação do ambiente, levando em consideração as necessidades individuais, tendo em vista que o sentimento de pertencimento pode gerar maior motivação por parte da criança e promover a interação social, contribuindo também para a geração de vínculo.

No caso de sujeitos com TEA, o atendimento domiciliar pode evitar situações de estresse causado pela mudança de rotina, exposição a um lugar novo, com diferentes informações sensoriais (visuais, táteis e olfativas), e nesse sentido, favorecer as interações com o profissional e possibilitar a observação de situações que não ocorreriam fora do ambiente

familiar. Ainda, a esse respeito, Nogueira et al. (2018) salienta que a visita domiciliar é uma estratégia muito interessante para aproximação, diálogo e vínculo, sendo capaz de ampliar o olhar sobre as necessidades do sujeito e sua família e conseqüentemente possibilitar um cuidado mais integral. Entretanto, também existe a possibilidade de a criança sentir que o profissional está invadindo o seu espaço e criar certa resistência, que seria uma barreira para que se estabeleça a interação e vínculo.

Assim, como a atuação do fonoaudiólogo a domicílio, a atuação em ambiente educacional pode contribuir de forma positiva no processo de avaliação, uma vez que possibilita a observação do sujeito junto aos pares, professores e demais profissionais presentes na escola. Além disso, promove trocas entre fonoaudiólogo e professores a fim de criar estratégias que favoreçam o desenvolvimento e aprendizagem (CELESTE et al., 2017).

Alguns fonoaudiólogos também elencaram locais abertos como um dos ambientes utilizados para a avaliação. A literatura não traz trabalhos que abordem essa prática em particular, mas acredita-se que a construção de um cenário avaliativo familiar, prazeroso e previsível, pode auxiliar nesse processo e influenciar de forma positiva.

A partir do exposto, compreende-se que a avaliação em diferentes contextos, com a presença de diferentes interlocutores e informações sensoriais diversas, pode contribuir para que se tenha uma visão mais ampliada do sujeito e trazer contribuições no que se refere à sua interação com o outro em seu contexto sócio-histórico.

Entretanto, de modo geral, observa-se que a prática ainda ocorre predominantemente em consultórios/instituições/hospitais, o que limita em certa medida a prática fonoaudiológica. Isso, pois, o profissional possivelmente terá maior dificuldade em compreender o contexto em que o sujeito está inserido, observar suas práticas sociais, a interação com diferentes interlocutores e as demandas apresentadas em cada situação e ambiente. Assim, provavelmente, por conta dessa limitação, uma parcela dos participantes tenha indicado realizar a avaliação em mais de um local.

A respeito dos locais utilizados para avaliação, uma participante indicou:

P. 107

“Realizo a avaliação em consultório, mas aproveito uma das sessões para avaliar os pais com a criança. Solicito relatório escolar e se possível, realizo visita na escola.”

Um dos respondentes da pesquisa também indicou utilizar como estratégia a análise de vídeos encaminhados pelos familiares. A literatura não aborda especificamente sobre essa análise, mas a prática de gravação das sessões fonoaudiológicas é citada como recurso avaliativo (MARTINS, 2020; SANTANA; SANTOS, 2017; CERON et.al., 2018).

Observa-se, apesar das limitações, um esforço por parte dos fonoaudiólogos em incluir na avaliação a análise de conteúdos fora do ambiente terapêutico, seja através da solicitação de vídeos ou relatório escolar, podendo tornar-se bons recursos, tendo em vista que nem sempre é viável a realização da avaliação em diferentes ambientes. Nesse sentido, a gravação e/ou relatório escolar permitem a compreensão e observação das interações com diferentes interlocutores, dinâmicas familiares e educacionais.

É importante esclarecer que as colocações feitas não buscam criticar a prática dos fonoaudiólogos, mas, sim, expor as limitações e dificuldades que podem ser enfrentadas durante o processo avaliativo. Compreende-se que, por muitas vezes, é inviável se dirigir a outros ambientes, seja por dificuldade no deslocamento, falta de disponibilidade da família ou da escola, custo de visitas domiciliares/escolares, normas da instituição de atuação ou administração do tempo e da agenda dos profissionais.

7.3.3 Instrumentos Utilizados para Avaliação

Em relação aos instrumentos utilizados, foi desenvolvida uma pergunta de modalidade aberta em que os participantes deveriam indicar o nome dos instrumentos pelos quais optaram para realizar a avaliação da linguagem de sujeitos com TEA.

Dos participantes, apenas 13 (12,5%) dos fonoaudiólogos citaram apenas um instrumento como método de avaliação da linguagem. Os demais indicaram a utilização de dois a dez, não necessariamente aplicando todos os instrumentos em um mesmo sujeito, possivelmente, adequando às demandas individuais.

Levanta-se a hipótese de que foi citado um número elevado pela dificuldade já relatada pelos fonoaudiólogos: a falta de instrumentos direcionados para o público com TEA. Dessa forma, os profissionais buscam a aplicação de diferentes instrumentos na tentativa de avaliar todos os aspectos envolvidos no quadro. O resultado obtido será apresentado na tabela a seguir:

Quadro 13 - Instrumentos/protocolos normatizados para a avaliação de linguagem utilizados pelos fonoaudiólogos participantes da pesquisa.

| Instrumentos/protocolos normatizados para avaliação de linguagem | Nº de respondentes |
|---|---------------------------|
| PROC | 63 |
| ADL | 46 |
| ABFW | 43 |
| PORTAGE | 14 |
| MCHAT | 13 |
| CARS | 12 |
| Escala Denver | 9 |
| VBMAPP | 8 |
| PROTEA | 5 |
| CONFIAS | 3 |
| ABLLS | 3 |
| AFC | 3 |
| ATA | 2 |
| PEABODY | 2 |
| Maturidade simbólica | 2 |
| PFC | 2 |
| PROLEC | 2 |
| ACOTEA | 1 |
| ELM | 1 |
| Teste de Fluência Verbal | 1 |
| ATEC | 1 |
| PROMPT | 1 |
| MBGR | 1 |
| FAUX PAS | 1 |
| ABC | 1 |
| AFFLS | 1 |
| IPI | 1 |
| TENA | 1 |
| CAPOVILLA | 1 |
| Perfil Comunicativo | 1 |
| Teste Infantil de Comunicação | 1 |
| Teste de Repetição de Palavras e Pseudopalavras | 1 |
| Inventário de comportamentos de Gesell | 1 |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A partir da tabela acima, pode-se observar que os instrumentos utilizados possuem foco na avaliação da linguagem infantil, sugerindo que os profissionais atuam em sua maioria com esse público.

A partir da tabela, os principais instrumentos citados foram PROC (60,58%), ADL (44,23%) e ABFW (41,35%), que são instrumentos próprios da Fonoaudiologia com foco na avaliação de linguagem. Entretanto, é importante ressaltar que não foram desenvolvidos

especificamente para o sujeito com TEA, sendo voltados para a avaliação de aspectos linguístico-cognitivos do público em geral. Acredita-se que esse fato pode dificultar a identificação de características próprias do quadro que não estão englobadas nesses instrumentos.

Também foram citados em menor escala outros instrumentos de avaliação de uso da Fonoaudiologia, como: MBGR, Confias, AFC, Prompt, Prolec, Peabody, Teste de Fluência Verbal, Repetição de palavras e pseudopalavras. Esses instrumentos são utilizados para a avaliação da consciência fonológica, transtornos motores de fala, leitura, escrita, vocabulário, fonética, semântica, acesso lexical e aspectos miofuncionais orofaciais.

Outros instrumentos citados foram: TENA (teste de nomeação automática), ELM (Instrumento de rastreamento de atraso de linguagem), Perfil de comunicação funcional checklist (PFC), ABLLS (desenvolvimento da linguagem) e FAUX PASS (capacidade verbal), sendo estes voltados para avaliação de aspectos linguístico-cognitivos.

Considerando que a pergunta foi direcionada de forma aberta, os profissionais indicaram livremente os instrumentos utilizados em sua atuação. Alguns participantes responderam de forma mais ampla ou com abreviações, dificultando a compreensão e interpretação dos dados, como por exemplo: perfil comunicativo, teste infantil da comunicação, IPI, AFLLS e Capovilla (nome de uma autora). Buscou-se na literatura tais instrumentos, porém diversos protocolos possuem nomes próximos, tornando inviável a identificação precisa.

Através dos dados, também se pode observar a presença de instrumentos de rastreamento utilizados pelos profissionais, possivelmente, na tentativa de investigação de características do quadro junto aos familiares e/ou cuidadores buscando um melhor direcionamento da conduta clínica. Os instrumentos de rastreamento citados foram ABC e MCHAT.

Foram citados instrumentos de avaliação e diagnóstico do TEA, como: CARS, ATA, ACOTEA, PROTEA e ATEC, os quais foram desenvolvidos considerando aspectos próprios do quadro, relacionados à linguagem, socialização, cognição, comportamento e questões sensoriais.

Além disso, foram indicados instrumentos utilizados para avaliação global do desenvolvimento, como: Escala Denver, Portage, VBMAPP e Inventário de Gesell, que envolvem a avaliação de aspectos cognitivos, linguísticos, do autocuidado, motor e socialização.

Nesse sentido, pode-se concluir que, na amostra coletada, os profissionais estão se apropriando de instrumentos de rastreamento, de avaliação de TEA e desenvolvimento global, que abrangem não somente questões de ordem fonoaudiológica. Dessa forma, observa-se que a

avaliação na prática pode ocorrer com um olhar clínico voltada para uma visão integral do sujeito, uma vez que questões comportamentais, sensoriais, motoras e do autocuidado podem influenciar na avaliação e no modo como sujeito compreende o mundo, se expressa, se comunica e se relaciona com o outro. Também, é possível que esse fato seja reflexo deva-se à escassez de instrumentos de avaliação de linguagem na Fonoaudiologia, como já levantado anteriormente, ou a prática baseada nas orientações fornecidas pela literatura e presente em cursos na área do TEA.

A esse respeito, uma das participantes comentou:

P. 97

“Sinto a falta como Fonoaudióloga de protocolos elaborados por Fonoaudiólogas relacionados ao TEA. Precisamos sempre aplicar de dois a três protocolos diferentes para avaliar todas as habilidades da criança.”

A partir do relato, pode-se perceber a dificuldade apresentada pelos profissionais em relação à avaliação de crianças com TEA, possivelmente, como reflexo da falta de instrumentos na área da fonoaudiologia que abarquem esse público.

A seguir, será desenvolvida uma análise dos três instrumentos mais citados pelos profissionais e as possíveis limitações de sua aplicação no público com TEA. Optou-se por discorrer apenas sobre três instrumentos por conta do grande número citado e pela profundidade exigida na discussão, além da discrepância entre a indicação desses instrumentos quando comparado aos demais.

Vale ressaltar que as descrições foram realizadas de modo a manter a linguagem e termos utilizados pelos autores dos instrumentos, que por vezes não serão compatíveis com a perspectiva adotada no presente trabalho.

7.4 ANÁLISE DE INSTRUMENTOS MAIS CITADOS PELOS PARTICIPANTES PARA AVALIAÇÃO DO TEA

7.4.1 Protocolo de Observação Comportamental – PROC

7.4.1.1 Base teórica

O Protocolo de Observação Comportamental (PROC) foi elaborado por Zorzi e Hage em 2004 e é voltado para crianças entre 12 e 48 meses (ZORZI; HAGE, 2004). De acordo com o Manual do PROC, a avaliação da linguagem estaria atrelada à avaliação comportamental. Nesse sentido, o instrumento visa configurar o funcionamento cognitivo e comunicativo infantil, além de compreender a evolução da criança em relação ao que se espera do seu desenvolvimento. É colocado pelos autores que, diante da queixa da família, é importante a realização de anamnese e avaliação que busque verificar se a queixa procede, além de concluir se a alteração está restrita à linguagem, ou relacionada a quadros mais abrangentes de desenvolvimento, como o quadro de TEA.

Ainda, segundo os autores, o PROC parte dos pressupostos da psicolinguística e epistemologia genética para a seleção dos itens considerados na avaliação. A epistemologia genética baseia-se nos estudos piagetianos acerca da aquisição da linguagem que, nesse contexto, é compreendida como constituída pelo encontro do funcionamento endógeno (orgânico) com a vida social (RAMOZZI-CHIAROTTINO, 2017). A Psicolinguística, por sua vez, parte de uma abordagem psicocognitiva da linguística, em que se compreende a língua como constitutiva da cognição humana, concepção advinda de uma vertente gerativista (CORRÊA, 2017).

Dessa forma, pode-se dizer que o protocolo compreende a linguagem como atividade comunicativa, levando também em conta o comportamento aprendido na interação com o outro e com o meio. Como se baseia em uma perspectiva piagetiana, considera uma visão mais etapista do desenvolvimento, visto muitas vezes como resultado da maturação cerebral. E, nesse sentido, é pouco considerada, principalmente, no que se refere aos contextos interativos heterogêneos (diferentes interlocutores em dado espaço, tempo e momento histórico).

Observou-se que, apesar dos autores indicarem a epistemologia genética e psicolinguística como base teórica, ao longo do manual, para descrição e orientação de aplicação, os autores citam outras abordagens: interacionista, inatista, cognitivista e linguística sistêmico-funcional. Contudo, cada abordagem concebe a linguagem a sua maneira, o que impacta na forma com que é construído o instrumento, os aspectos avaliados, o que será

considerado como “normal”, as respostas consideradas como “adequadas” ao contexto, além de refletir no diagnóstico fonoaudiológico e na conduta terapêutica.

7.4.1.2 Instruções de aplicação

Em relação à aplicação, sugere-se que seja criada uma situação planejada com brinquedos pré-selecionados e que se realize a observação por 30 ou 40 minutos, gravada em vídeo. Os brinquedos sugeridos são: miniaturas de objetos da casa (cadeira, mesa, cama, privada, sofá, poltrona, geladeira, fogão, pratos, talheres, televisor, xícaras, esponja de limpeza), objetos diversos (pente, escova, seringa de injeção), conjunto de canecas de encaixe com tampas, blocos de madeira, pedaço de tecido e de papel.

Percebe-se, pela descrição das orientações, que o objetivo principal é a avaliação do comportamento e da linguagem, mas, para isso, não se destaca outros aspectos envolvidos como criação de vínculo, a adaptação da criança ao ambiente, seleção de brinquedos que favoreça a interação e considere os interesses do sujeito. Além disso, a avaliação é realizada em um recorte muito pequeno, que pode não retratar as potencialidades e dificuldades de maneira fidedigna, levando em consideração que é sabido que o sujeito com TEA pode apresentar dificuldades de adaptação a mudanças de rotina, medo excessivo de ambientes novos e dificuldades de interação, principalmente, com pessoas desconhecidas. Essas questões podem limitar a aplicação junto a crianças que possuem não apenas um atraso de linguagem, mas também, infantes que apresentam dificuldades com ambientes e pessoas novas, mesmo que não possuam um diagnóstico de base.

O protocolo é dividido em três partes: Habilidades Comunicativas; Compreensão verbal e; Aspectos cognitivos.

7.4.1.2.1 Habilidades Comunicativas

O PROC elenca como foco da observação alguns aspectos chamados de habilidades comunicativas. O instrumento subdivide sua avaliação em quatro partes:

Figura 2 - Habilidades comunicativas segundo o PROC.



Fonte: ZORZI; HAGE, 2004. Elaborado pela autora.

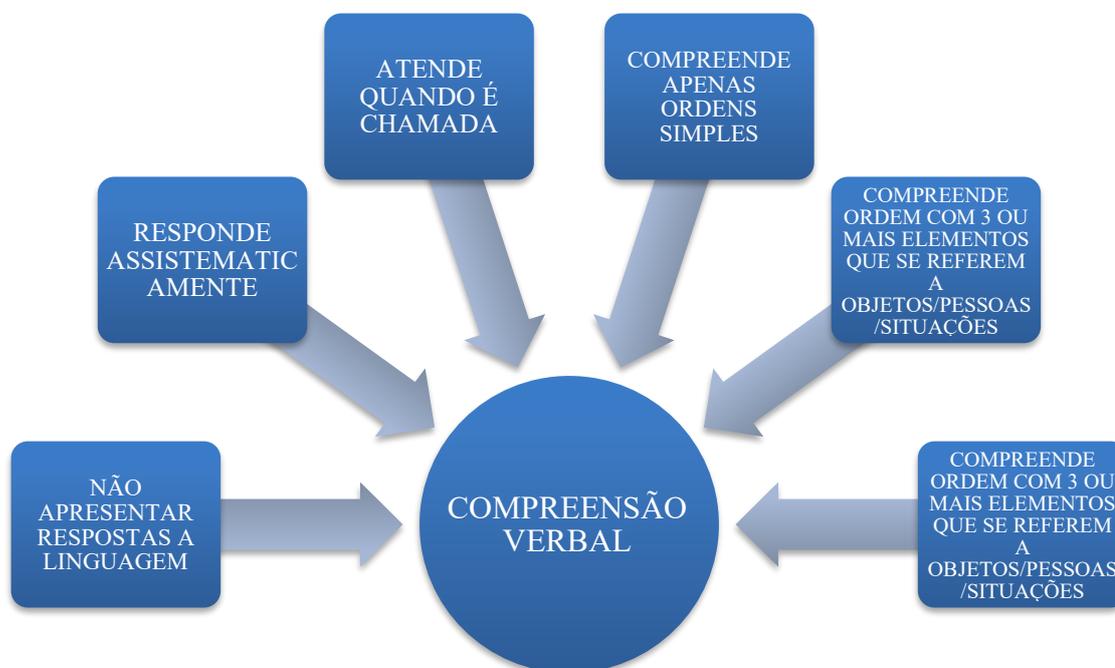
Em relação às habilidades comunicativas, observou-se, por parte dos autores, uma tendência a relacioná-las, principalmente, à fala, uma vez que não são consideradas como linguagem manifestações que fogem do dito “típico”. Assim, pular, correr, chutar, balançar-se, jogar-se ao chão, entre outros, não são significados como comunicação, embora sejam formas de expressividade. Tais elementos são descritos no manual como “comportamentos de procedimento” e “comportamentos instrumentais”, que seriam significados pelo adulto, mas não demonstrariam intenção comunicativa por parte da criança. A desconsideração de tais aspectos é um ponto de análise muito importante no tocante à avaliação da linguagem no público com TEA, uma vez que o desenvolvimento pode tomar rumos alternativos e as manifestações linguísticas podem ser expressas de forma “não convencional”. Nesse sentido, quando não se consideram essas manifestações, nega-se a linguagem do sujeito e não há o posicionamento deste como falante. Portanto, pode-se dizer que, no protocolo, a linguagem é vista como um instrumento utilizado para a comunicação.

7.4.1.2.2 Compreensão Verbal

No PROC, a compreensão verbal é descrita como relacionada ao reconhecimento e à evocação das palavras, de acordo com os autores, necessitando de conhecimento de mundo.

Os itens considerados, no protocolo em questão, apresentam-se da seguinte forma:

Figura 3 - Compreensão verbal segundo o PROC.



Fonte: ZORZI; HAGE, 2004. Elaborado pela autora.

É importante ressaltar que não existe um consenso na literatura quanto à concepção de “compreensão”, portanto, é descrita de diversas maneiras.

No PROC, pode-se dizer que o conceito de compreensão está relacionado à decodificação dos fonemas, pois, compreender seria um processo psíquico e fisiológico, partindo de uma visão saussuriana em que a dicotomia é apresentada como um traço marcante (língua/fala, significado/significante, ativo/passivo, exterior/interior) (SAUSSURE, 2006).

Para a avaliação da compreensão verbal, os autores consideram como respostas aceitáveis o que chamam de “pistas contextuais”, que se referem ao ato de olhar, tocar, mover-se em direção a, pegar, dar. Ressaltam-se que as repostas apresentadas estão relacionadas com o engajamento, interesse, vínculo, ambiente, interlocutor, presença de comorbidades, entre outros fatores. Contudo, em sujeitos com TEA, assim como a linguagem expressiva, podem se manifestar de forma não convencional, a compreensão também pode assumir outros direcionamentos, dependendo, assim, da significação dada pelo interlocutor e do contexto.

Entretanto, ao mesmo tempo em que os autores consideram a influência e participação dos fatores contextuais, nas orientações de aplicação indicam que devem ser evitadas pistas

“não linguísticas” por parte do avaliador, como expressões faciais e uso de gestos. Portanto, os autores não consideram estas como manifestações linguísticas.

De acordo com Vigotsky (2000) a compreensão estaria para além da linguagem, envolvendo outros processos cognitivos, como memória, atenção, percepção e atribuição de sentido, que requerem conhecimento de mundo. A esse respeito o autor expõe:

O significado de uma palavra, tal como surge no dicionário, não passa de uma pedra do edifício do sentido, não é mais do que uma potencialidade que tem diversas realizações no discurso (VIGOTSKY, 2000, p. 341).

A esse respeito, De Lemos (2014) faz uma crítica aos estudos que excluem a análise do diálogo e funcionamento discursivo da linguagem, desprezando a relação da criança com a fala, gestos, movimentos, que fazem parte das interações e constituem e estabelecem a relação da criança com a língua.

Ressalta-se, diante do exposto que se defende, toda e qualquer manifestação linguística, sendo ela verbal ou não- verbal como dotada de sentido, não ser desconsiderada, apartada, ou isolada das demais.

A respeito da desconsideração do uso de manifestações linguísticas que não correspondam com a fala, acredita-se que essa orientação não reflete situações reais de uso da língua, uma vez que, nas interações, sujeitos não se atem apenas a língua verbal, mas também, aos gestos, aos olhares, às expressões faciais.

É possível que os profissionais sejam levados a utilizarem esse protocolo pela escassez de instrumentos direcionados para o público com TEA na área da fonoaudiologia, como já mencionado anteriormente.

Leva-se em consideração que o PROC não é destinado à avaliação de crianças com TEA e, por isso, apresenta diversas limitações. É possível que, muitas das limitações levantadas, ao longo da discussão, não apareçam de forma tão evidente quando a aplicação é realizada junto a crianças com alterações linguístico-cognitivas não associadas a algum diagnóstico de base, em que o desenvolvimento segue o percurso dito típico, porém mais lentamente.

7.4.1.2.3 Aspectos do desenvolvimento cognitivo

Os aspectos do desenvolvimento cognitivo estão fortemente atrelados ao conceito de inteligência, aportado na teoria de Piaget (1975a, 1975b, 1978).

De acordo com Piaget (1978), a inteligência seria constituída por um sistema complexo de esquemas que permitiria a interação com o mundo e a construção de conhecimento. Ele separa o desenvolvimento cognitivo em quatro etapas: sensório-motor (até dois anos), pré-operatório (dos dois aos sete anos), operações concretas (dos sete aos 12 anos) e operações formais (a partir dos 12 anos). Dessa forma, o PROC se apropria das duas primeiras etapas, tendo em vista a faixa etária para qual é direcionada a avaliação.

Partindo dos pressupostos piagetianos, para fins de análise, os autores do PROC decidiram por separar o período sensório-motor em duas fases: fases sensório-motoras iniciais (condutas exploratórias em objetos isolados) e fases sensório-motoras mais avançadas (ações sobre dois ou mais objetos tentando relacioná-los). Em relação ao período pré-operatório, o instrumento considera-o como período de evolução do simbolismo, influenciando na organização da brincadeira, realização de ações mais complexas sobre os objetos, possibilitando revisitar situações passadas, compreender a diferença entre a realidade e a fantasia, propiciando o uso de gestos simbólicos, desenvolvimento da capacidade de se colocar no lugar do outro e de raciocínio lógico.

Abaixo está representado um esquema dos aspectos do desenvolvimento cognitivo de acordo com o PROC.

Figura 4 - Aspectos do desenvolvimento cognitivo segundo o PROC.



Fonte: ZORZI; HAGE, 2004. Elaborado pela autora.

Nesse aspecto, percebe-se que o instrumento abarca questões relevantes na avaliação da linguagem de crianças com TEA, uma vez que a organização da brincadeira, a manipulação dos objetos e o simbolismo são amplamente descritos na literatura como aspectos nos quais os

sujeitos apresentam significativa dificuldade (CASELLA; CELERI; MONTENEGRO, 2018; GAIATO, 2018; ASSUMPCÃO, 2013).

Segundo compreende Vigotsky (1997; 2007), todas as funções, essencialmente humanas, emergem da/na interação social, mediada por interlocutores, instrumentos e pela linguagem, sendo que a brincadeira é uma dessas funções, ocupando um papel fundamental no desenvolvimento dos processos psicológicos na infância. Uma vez que é por meio da brincadeira, sobretudo a simbólica, que a criança explora, representa situações reais, age sobre elas de forma criativa e conseqüentemente se apropria da cultura e de regras sociais. Portanto, se considera de grande relevância a avaliação desses aspectos no que se refere à linguagem infantil.

Ainda, sobre a avaliação dos aspectos cognitivos, é importante comentar que a primeira versão do instrumento continha também uma subseção destinada à avaliação da imitação, que seria de grande valia no caso de crianças com TEA, uma vez que um dos aspectos levantados é a falha na ativação dos neurônios espelho, que influencia na habilidade de imitação e na interação social, impactando no desenvolvimento da linguagem (MARANHÃO; PIRES, 2017; GEREMIAS; ABREU; ROMANO, 2017). Entretanto, em uma publicação posterior do PROC, esse aspecto foi desconsiderado da avaliação.

7.4.1.3 Pontuação

Em relação à análise quantitativa do protocolo, as respostas são consideradas como “ausente”, “presente raramente” e “presente frequentemente”, cada uma delas é atribuída uma pontuação, sendo 0, 2 e 4, respectivamente, com pontuação máxima de 70 pontos para habilidades comunicativas, 60 pontos para compreensão da linguagem oral e 70 pontos para aspectos da cognição, com escore total de 200 pontos (HAGE; PEREIRA; ZORZI, 2012). Apesar de conter uma análise quantitativa, salienta-se que o protocolo não apresenta o que seria compatível com a faixa de “normalidade” ou níveis de alteração no desenvolvimento.

7.4.1.4 Análise qualitativa

Para realização da análise qualitativa, no Manual do PROC, os autores discorrem acerca dos marcos do desenvolvimento típico da linguagem, no que se refere à aquisição e ao desenvolvimento da fonologia, sintaxe, semântica e pragmática, além do desenvolvimento

cognitivo, relacionado ao simbolismo e à formação de conceitos, já citados nos tópicos anteriores. Essa análise qualitativa objetivaria fornecer parâmetros para que os profissionais pudessem analisar o desenvolvimento de crianças entre 0 e 4 anos. Entretanto, destaca-se que os marcos do desenvolvimento não abarcam características linguísticas apresentadas por crianças com TEA, pois como já comentado anteriormente o seu desenvolvimento por vezes segue rumos singulares, dificultando que a análise do profissional seja feita com base nesses dados.

Ao final, o protocolo possui três campos: um destinado à percepção do avaliador a respeito dos três aspectos avaliados, outro a observações que o profissional deseja fazer, por fim, a conclusão.

O campo destinado à percepção do avaliador, também é categorizado em três partes, assim como a avaliação, em que, além da pontuação, o profissional tem a possibilidade de expressar suas percepções gerais, pautando-se no que foi colocado pelos autores como marcos do desenvolvimento nas diferentes faixas etárias.

Em relação ao campo destinado às observações, os autores trazem um exemplo com as possíveis informações pertinentes que podem ser descritas, como: dados do prontuário, resultado de exames/escalas/testes complementares, descrições mais detalhadas sobre o comportamento, interação, brincadeira, fala e intenção comunicativa. Esse dado é bem interessante, pois dá a liberdade para o profissional fazer considerações mais detalhadas sobre a avaliação, aplicar outros instrumentos ou adicionar suas considerações sobre aspectos não abarcados pelo instrumento.

A conclusão, de acordo com os autores, dispõe de informações que indicam a presença de alterações linguísticas e/ou cognitivas, que podem ser sugestivas de quadros maiores como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). Porém, apesar de indicar a possibilidade de associação das alterações de linguagem a quadros mais amplos, o protocolo não considera aspectos do desenvolvimento apresentados por sujeitos com esses transtornos. Inclusive, no livro é citado o TEA como uma possibilidade de diagnóstico associado às alterações de linguagem.

Desse modo, seria necessária uma adaptação para que ele fosse aplicado no público com TEA ou crianças que apresentam alterações linguístico-cognitivas não circunscritas a um atraso de linguagem, por exemplo, que não são consideradas no instrumento em questão. Ou ainda, que fossem realizadas avaliações complementares.

Pontua-se, aqui, que o objetivo não é criticar o instrumento, mas elencar as limitações de sua aplicação no público com TEA. Isso, pois, é um dos instrumentos mais citados pelos

fonoaudiólogos participantes da pesquisa e, com isso, os profissionais podem atentar-se aos aspectos contributivos ou não do instrumento para a avaliação, uma vez que se compreende que o PROC não foi desenvolvido visando a caracterização do quadro.

7.4.2 Avaliação Do Desenvolvimento Da Linguagem (ADL)

7.4.2.1 Construto teórico

A ADL foi desenvolvida ao longo de quatro anos e publicada no ano de 2004, pela fonoaudióloga Maria Lucia Novaes Menezes. O construto teórico em que se baseia a ADL parte do modelo de desenvolvimento da linguagem proposto por Bloom.

Bloom (1988) define a linguagem da seguinte forma: “Linguagem é um código pelo qual ideias são expressas através de um sistema convencional de signos arbitrários para comunicar”.

O construto teórico de Bloom revolucionou a compreensão sobre o desenvolvimento e aquisição da linguagem, que surgiu para contrapor a visão inatista proposta por Chomsky. De acordo com Menezes (2003), a autora da ADL, Bloom defende que as crianças desenvolvem a linguagem para que possam expressar seus pensamentos, além de interpretar e atribuir significado a fala do outro.

Bloom (1988) descreve a linguagem infantil baseando-se na integração do conteúdo, estrutura e uso.

O conteúdo seria compatível com as representações mentais desenvolvidas pela criança através da sua interação com o outro, os objetos e o ambiente que a cerca. De acordo com o autor, a criança adquire a linguagem para expressar seu pensamento e interpretar a fala do outro. Na avaliação do conteúdo estariam englobados os seguintes aspectos: propriedades (grande, azul), quantidade (muitas, uma), localização (embaixo, do lado), relação de posse (meu, dele), tempo (pela manhã/ a noite), temporalidade (antes/depois) e causalidade (ela está triste porque...).

Já, a estrutura é compreendida como um código que representa a língua, em que estão envolvidos três aspectos: fonologia (sons, suas combinações e contornos rítmicos), morfologia (elemento linguístico dotado de significado) e sintaxe (organização de palavras conforme a relação de significado entre elas).

O uso, por sua vez, é descrito de acordo com três aspectos: a função (uso da língua com diferentes finalidades), o contexto (escolha pela maneira mais adequada de expressão) e a interação (iniciar, manter e encerrar conversação).

Na construção da ADL considerou-se apenas os aspectos de conteúdo e estrutura, não incluindo, assim, o uso da linguagem. O que, em muito, pode comprometer a avaliação de crianças com TEA, visto que o uso se refere ao nível pragmático-discursivo da linguagem, frequentemente citado na literatura como alterado em sujeitos com o quadro.

Buscou-se, através do exposto, compreender como a perspectiva teórica descreve a linguagem e os aspectos considerados na construção do instrumento, tendo em vista que essa questão irá impactar na avaliação.

A seguir será apresentada uma descrição acerca do instrumento e uma breve discussão sobre sua aplicação no público com TEA.

7.4.2.2 Apresentação do instrumento

O instrumento possui como objetivo investigar o desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva e suas alterações. Pode ser utilizado por profissionais das áreas da: Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia, Educação Especial e Linguística.

O ADL é destinado para crianças na faixa etária entre um e seis anos e separa a avaliação em dez etapas: 12 a 17 meses; 1:6 até 1:11; 2 anos até 2:.; 2:6 até 2:11; 3 até 3:5; 3:6 até 3:11; 4 até 4:5; 4:6 até 4:11; 5 até 5:11, e; 6 até 6:11.

O instrumento divide-se em duas partes:

- Receptiva – em que são considerados o conteúdo (propriedades, quantidade, localização, relação de posse, tempo, temporalidade e causalidade) e a estrutura (morfologia e sintaxe).
- Expressiva – que considera conteúdo (propriedades, quantidade, localização, relação de posse, tempo, temporalidade) e estrutura (fonologia, morfologia e sintaxe) (MENEZES, 2003).

A avaliação acompanha material próprio, indicado para sua aplicação, composto por uma bolsa com brinquedos/objetos (sino, cachorrinho, boneca, colher, prato, copo, carrinho e três bolas de tênis), um manual com figuras coloridas (51 imagens direcionadas à avaliação da

linguagem receptiva e 20 para a expressiva) e o protocolo de aplicação e pontuação (com a finalidade de anotação dos resultados obtidos) (MENEZES, 2003).

Apesar de indicar a brincadeira lúdica como meio de avaliação, observou-se que o instrumento utiliza o recurso de figuras a partir da faixa etária de um ano a um ano e cinco meses em relação à linguagem receptiva e dois anos a dois anos e cinco meses para linguagem expressiva. As figuras são utilizadas para avaliação de conceitos abstratos, identificação de ações, emoções, nomeação de objetos de diferentes categorias semânticas, compreensão de sequência de acontecimentos em contextos diversos.

Compreende-se que o uso desse material pode ser uma limitação na aplicação junto a crianças com TEA, uma vez que as figuras podem parecer pouco atrativas, principalmente, para crianças pequenas e com interesses restritos, ou que possuam pouca familiaridade com a realização de atividades mais estruturadas.

No protocolo de aplicação há um item destinado a observações relativas aos aspectos auditivos, visuais, atencionais e tempo de resposta, que abre a possibilidade de o profissional realizar considerações acerca da avaliação.

O manual pontua que o profissional deve estudar e praticar antes da aplicação da ADL e seguir todas as instruções (MENEZES, 2003). Esse é um ponto fundamental na aplicação de qualquer protocolo, pois a familiaridade e a prática auxiliam o profissional a obter resultados mais fidedignos em relação aos aspectos avaliados, como é pontuado pela própria autora.

As orientações ainda indicam a utilização de brinquedos e livros que facilitem a interação, além da importância de que se certifique que a criança está confortável no ambiente, com os brinquedos e com o aplicador (MENEZES, 2003). Esses aspectos são de grande valia, sobretudo no caso de crianças com TEA que apresentam dificuldades adaptativas.

De acordo com as indicações, a aplicação do instrumento dura em torno de 20 a 40 minutos, sendo que crianças menores e retraídas podem dispendir mais tempo, o que dá uma flexibilidade na aplicação, dessa forma, percebe-se que o instrumento considera questões subjetivas e individuais. Também é pontuada a possibilidade de adaptação através do uso de gestos, aumento das repetições e oportunidades para geração de resposta, mas é frisado que os procedimentos precisam ser seguidos (MENEZES, 2003). Assim, é interessante notar a possibilidade de adaptação do instrumento, uma vez que os sujeitos apresentam características individuais que devem ser consideradas no momento da avaliação.

Abaixo será apresentada uma tabela com os aspectos contemplados na ADL, em relação à linguagem receptiva e expressiva.

Quadro 14 - Aspectos avaliados pelo ADL – Linguagem expressiva e receptiva.

| Aspectos avaliados – Linguagem Receptiva | Aspectos avaliados – Linguagem Expressiva |
|--|---|
| Atenção (auditiva e visual), ordens simples e complexas, identificação de objetos/figuras/partes do corpo/cores com e sem pistas gestuais, compreensão ações dentro de um contexto, conceitos espaciais, temporais, de velocidade, pronomes, quantidade, ações nas figuras, uso dos objetos, conceitos dos adjetivos, relações parte-todo, perguntas negativas, indicação de partes do corpo, categorização, comparação de objetos, vocabulário receptivo, inferência, compreensão de sufixo nominal, nome + 2 adjetivos, sentenças em voz passiva, conceitos de diferença, identificação de diferenças, cálculos de soma e subtração. | Produção de sons (sílabas), comunicação não verbal (uso de gestos), imitação de palavras, nomeação de objetos/figuras/cores, vocabulário, produção de sequência de palavras (frases), compreensão da relação de posse, entonação (pergunta), resposta a questões sobre si e de sua rotina diária, do tipo sim ou não e questões com elementos como “o que” “onde” e pronomes interrogativos, reconhecimento e nomeação ações em figuras, emprego de palavras que indicam posse, comenta sobre uso de objetos, descrição de ações em figuras, habilidade de solucionar e responder questões sobre situações problema, uso de plural regular, uso de palavras que expressam relação espacial e de quantidade, memória (repetição/perguntas sobre), categorização de nome, construção de sentença, emprego de adjetivos, contação de história mediante apresentação de recurso visual, habilidade de buscar palavras dentro de uma categoria, definição de palavras, completar analogias e acrescentar de sufixos. |

Fonte: MENEZES (2003). Elaborado pela autora.

Em relação à linguagem compreensiva, percebe-se que o instrumento considera a compreensão com foco na decodificação, porém inclui atenção auditiva e visual, além de considerar a associação do uso de gestos. Esses aspectos podem ser facilitadores para a criança e demonstrar uma potencialidade no que se refere à compreensão, uma vez que nos contextos reais de interação não se aparta a fala de sons ambientais, estímulos visuais e pistas contextuais. O que é um avanço em relação ao PROC que sugere a separação de tais aspectos.

Já, a avaliação da linguagem expressiva está voltada para a produção da fala e ao uso mais formal da língua, focando nas provas de nomeação, repetição, emissão de palavras, construção de frases, entre outros aspectos que podem ser observados na tabela acima. Destaca-se que esses aspectos também são relevantes no que se refere à avaliação de linguagem, porém limita a aplicação, principalmente, em crianças não-verbais. Sendo que apenas um item se refere ao uso de gestos, porém o manual não especifica o que seria considerado como resposta “aceitável”. O que é uma desvantagem em relação ao PROC, pois apesar de apresentar diversas limitações, considera avaliação de crianças não-verbais, além de abarcar aspectos relacionados à interação social, como brincadeira, simbolismo e intenção comunicativa.

Diante do exposto, compreende-se que o instrumento não considera a multimodalidade da linguagem, apesar de ser destinada, de acordo com o manual, para avaliação da linguagem de diversas etiologias.

7.4.2.3 Instruções de aplicação e pontuação

O manual indica que se deve iniciar a aplicação do instrumento na faixa etária que corresponde a seis meses abaixo da idade cronológica da criança avaliada. Se a criança apresentar três erros consecutivos, reinicia-se a aplicação com a faixa etária anterior. Além disso, inicialmente, aplica-se a parte correspondente à linguagem receptiva e, posteriormente, à expressiva.

A pontuação do teste é marcada como 1 – quando a resposta é considerada correta e 0 – quando é considerada incorreta, ou na ausência de resposta. É indicada a interrupção da aplicação quando ocorrerem cinco erros consecutivos, ou ausência de resposta, considerando como teto do teste o último item em que a criança cometeu o “erro”. São consideradas como respostas aceitáveis: apontar, mostrar, falar, realizar ações e entregar objetos.

A respeito dos “erros” apresentados, levanta-se uma discussão sobre a necessidade de considerar questões individuais, como: familiaridade com os brinquedos/objetos/figuras, ambiente, profissional, interesse no interlocutor e nas atividades desenvolvidas, assim como, posicionamento do profissional frente às diferentes formas de expressão e à comunicação do sujeito. Assim, a linguagem pode tomar diferentes formas, que não são consideradas como respostas aceitáveis pela ADL.

Para o cálculo do escore bruto, a escala propõe realizar individualmente cada parte do instrumento (receptiva e expressiva) que, posteriormente, será convertido para escore padrão de acordo com a tabela de faixa etária proposta pelo próprio instrumento. O escore padrão de ambas as partes são somados, gerando o escore padrão da linguagem global. Após a realização dos cálculos, o resultado será comparado com a tabela de desenvolvimento que indicará o nível de distanciamento da dita “normalidade”. A tabela é classificada da seguinte forma: faixa de normalidade, distúrbio leve, distúrbio moderado e distúrbio grave.

Em relação à aplicação do instrumento em crianças com TEA, destaca-se que por não considerar um dos pilares propostos por Bloom, no caso o “Uso”, o instrumento deixa de contemplar aspectos fundamentais no que se refere a linguagem no TEA, como interação social, contato visual, brincadeira, simbolismo, imitação (não exclusivamente verbal), intenção

comunicativa, atenção compartilhada, meios não convencionais de comunicação, que seriam de grande valia, considerando as características do quadro no que se refere às alterações programáticas apresentadas por esse público.

Novamente, salienta-se que o intuito no presente trabalho não é criticar, ou invalidar o instrumento em questão, mas levantar as possíveis limitações de aplicação no público com TEA, que possui características diversas e que se distanciam do desenvolvimento “típico”, podendo tomar caminhos alternativos, como comentado no capítulo 4. Por conta disso, se destaca a importância de realizar uma avaliação que valorize a interação social, considere os aspectos multimodais da linguagem e as características próprias da condição.

7.4.3 Teste de Linguagem Infantil ABFW

7.4.3.1 Construto teórico

As autoras não evidenciam a base teórica em qual se pautaram para a construção do instrumento. Portanto, de acordo com a descrição do instrumento, levantou-se a hipótese de que partiam de uma perspectiva funcionalista. Compreendendo a linguagem como um fenômeno social, focando a investigação no uso da língua em diferentes contextos, em sua função e na produção de significados.

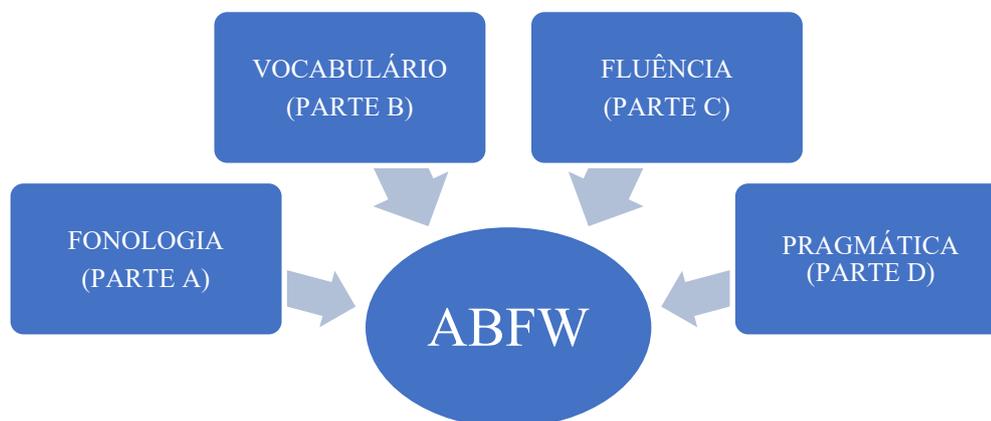
7.4.3.2 Apresentação do instrumento

O Teste de Linguagem Infantil ABFW foi elaborado por Andrade et.al. (2004) a partir da experiência das autoras. De acordo com elas, a escassez de instrumentos pode interferir no diagnóstico, definição de condutas e planejamento terapêutico, chegando a comprometer o tratamento. Assim, o teste visa subsidiar a prática fonoaudiológica no que se refere ao diagnóstico e conduta terapêutica dos profissionais diante de distúrbios da comunicação.

O teste destina-se para crianças entre dois e 12 anos e seu tempo de aplicação pode variar a depender da idade e características específicas de cada criança, levando em média 90 minutos. Para a análise, no entanto, as autoras ressaltam que são necessárias cerca de seis horas, buscando a precisão diagnóstica a partir da análise minuciosa dos dados coletados (ANDRADE et al., 2004).

O instrumento possibilita a avaliação de quatro áreas da linguagem, sendo elas:

Figura 5 - Áreas da Linguagem avaliadas pelo ABFW.



Fonte: ANDRADE, et.al. (2004). Elaborado pela autora.

As autoras pontuam que o teste deve ser realizado em local adequado, iluminado, evitando distratores e situações estressoras, evidenciando o material que será utilizado para avaliação. Também é frisada a importância de seguir as orientações de aplicação e análise para resultados mais fidedignos.

Um ponto interessante é que a avaliação não precisa contemplar todas as áreas, sendo assim, o profissional tem a possibilidade de aplicar apenas as partes que forem de relevância a cada caso. A seguir, descrever-se-á brevemente sobre cada área considerada do teste.

7.4.3.2.1 Fonologia

A parte de Fonologia contempla a avaliação do inventário fonético e de quatorze processos fonológicos. Para tal, são realizadas as provas de imitação (39 vocábulos) e nomeação (34 figuras). Também é ressaltado na parte descritiva do teste que a coleta e a análise da fala espontânea da criança devem ser coletadas sempre que possível. O teste deve ser gravado e realizado o preenchimento do protocolo de registro. A análise da amostra pode ser realizada através da elaboração de inventário fonológico e por processos fonológicos (SAVOLDI et al., 2012).

É interessante pontuar que a parte A do teste é destinada para crianças verbais. Portanto, na ausência de verbalização, não é obrigatório que se realize a sua aplicação, uma vez que o objetivo é fazer o levantamento do repertório fonético e dos processos fonológicos.

Sobre as orientações e materiais utilizados, considera-se que, apesar das provas de nomeação e imitação com suporte visual representarem uma limitação, podendo não despertar o interesse da criança, é frisada a importância da coleta de fala espontânea, o que permite uma flexibilidade na geração dos dados. Assim, pode ser realizado o levantamento dos dados no contexto da brincadeira, utilizando os interesses da criança, mesmo que possa demandar mais tempo por parte do profissional. Dessa forma, tal adaptação não impacta na análise dos dados.

A literatura descreve, em relação ao nível fonológico, que crianças com TEA apresentam alterações semelhantes às de um atraso simples, seguindo o mesmo curso do desenvolvimento típico, porém, mais lentamente. Entretanto, podem apresentar dificuldade de processar e criar traços suprasegmentais (SANTOS; DE AZEVEDO FRONZA, 2011).

Apesar de o desenvolvimento se assemelhar a um atraso simples, a avaliação desse aspecto demonstra-se importante por conta da dificuldade de percepção em relação a própria fala, possível ininteligibilidade, que pode gerar dificuldade de interação e consequente isolamento social.

7.4.3.2.2 Vocabulário

De acordo com os autores, essa parte do instrumento tem objetivo de avaliar a competência lexical das crianças através da avaliação do vocabulário, que envolve a nomeação de 118 figuras distribuídas em nove campos conceituais – vestuário (10), animais (15), alimentos (15), meios de transporte (11), móveis e utensílios (24), profissões (10), locais (12), formas e cores (10), brinquedos e instrumentos musicais (11), que serão analisados quantitativa e qualitativamente.

Em relação às respostas geradas pelas crianças, o instrumento estabelece três possibilidades de registro – designação de vocabulário usual (DVU), não designação (ND) e processos de substituição (PS). Assim, o objetivo seria não apenas quantificar as palavras emitidas pela criança, mas analisar seu uso, assim como, o processo de significação, os mecanismos utilizados na tentativa de nomear o alvo, as substituições feitas e sua tipologia (ex: hiperônimo – uma comida, atributo semântico – que serve pra lavar as mãos, parassinônimo – cor da minha blusa).

Os anexos dispõem de protocolos de registro e, para embasar a análise dos dados, são apresentadas três tabelas com os parâmetros esperados para as idades de quatro, cinco e seis anos de idade, tendo em vista que, próximo dessa faixa etária, o vocabulário da criança já é bem semelhante ao de um adulto. Também, são disponibilizados gráficos de observação do desenvolvimento e tabela de análise das tipologias das substituições (ANDRADE et al., 2004).

De acordo com Perkins e colaboradores (2006), o vocabulário de criança com TEA ainda é um tema pouco explorado na literatura. Portanto, os autores desenvolveram um estudo em que o resultado não apontou evidência de alterações, porém ao que parece, o conhecimento lexical não refletiria no uso.

A esse respeito, Golendziner (2011), em sua pesquisa realizada com crianças e adolescentes com TEA, concluiu que aqueles que se comunicavam verbalmente apresentavam plenas condições para a aquisição de vocabulário. Porém, indicou que uma grande limitação da avaliação é a necessidade de que o sujeito seja verbal, demonstre interesse e colabore com o profissional.

Entretanto, é amplamente descrito na literatura o atraso na aquisição da linguagem verbal, sendo que um terço dos sujeitos com TEA não chega a desenvolvê-la (VOLKMAR; WIESNER, 2018; WHITMAN, 2018; CASELLA; CELERI; MONTENEGRO, 2018).

Apesar de o vocabulário de crianças com TEA, não necessariamente, apresentar alterações, a avaliação demonstra-se importante para que se investigue não apenas reconhecimento, mas também, o uso desse repertório.

7.4.3.2.3 Fluência

A terceira parte destina-se a avaliar o perfil da fluência da fala. Envolve a avaliação de três aspectos: tipologia das rupturas (relacionada ao processamento da linguagem/fala), velocidade de fala (velocidade articulatória da palavra e da sílaba) e frequência das rupturas (porcentagem da descontinuidade de fala e disfluência gaga), os quais são analisados quantitativa e qualitativamente.

Para a coleta, deve-se, preferencialmente, gravar uma situação de interação da criança com um familiar (fala espontânea), e também é possível utilizar de recurso visual (mostrar imagens) que possibilite a elaboração de um discurso. O aplicador pode realizar interrupções, mas apenas com o objetivo de alimentar e instigar a conversação.

Pode-se observar a pontuação realizada nas orientações no que se refere à gravação da interação da criança com um familiar, o que, possivelmente, deixa a criança mais confortável e facilita a coleta, assim como, o uso de recursos visuais de seu interesse.

Ainda, sobre a aplicação, a coleta deve apresentar 200 sílabas não disfluentes, ou em casos atípicos, poderá ser aplicado o critério de tempo (dez minutos). Em seguida, deve-se transcrever a fala da criança, incluindo sílabas fluentes e disfluentes, respeitando alguns critérios estabelecidos pelo manual. Em relação à tipologia, o ABFW separa a análise em disfluências comuns e gagas, sendo que o profissional deve indicar o número de ocorrências de cada tipo e somar separadamente. Posteriormente, calcula-se a frequência da descontinuidade de fala e rupturas gagas, aplicando regra de porcentagem, além da velocidade de fala (sílabas por minuto/palavras por minuto), considerando o número de sílabas, palavras e o tempo da coleta. O protocolo traz ainda parâmetros de comparação dos três aspectos avaliados, sendo que indicam a aplicação de instrumento específico em caso de suspeita de gagueira (ANDRADE, et al., 2004).

Em relação ao tema, de acordo com Thurber e Tager-Flusberg (1993), sujeitos com TEA podem apresentar alterações de fluência, geradas por diversos fatores, como: dificuldade no processamento linguístico, de percepção, na tomada de decisão, escolha de elementos lexicais, impactando, assim, na construção de enunciados que, geralmente, apresentam sintaxe pouco complexa e pausas incomuns.

A esse respeito, Santos (2021, p. 97-98) enfatiza:

Embora haja um consenso de que alterações relacionadas ao nível pragmático sejam o sintoma linguístico mais característico do TEA, a fluência também é um aspecto presente a se considerar. No entanto, ainda há poucos estudos na literatura que documentam e discutem acerca dessa temática.

Portanto, apesar de pouco comentada na literatura, a fluência deve ser considerada na avaliação do sujeito com TEA, tendo em vista que pode apresentar alterações as quais merecem atenção. Lembrando que a aplicação da parte de fluência não é obrigatória e irá depender da demanda de cada criança.

7.4.3.2.4 Pragmática

Essa avaliação é direcionada às habilidades no uso funcional da comunicação em três aspectos: número de atos, meios e funções comunicativas, analisados quantitativa e qualitativamente.

O teste considera como três possibilidades de atos comunicativos, sendo eles qualquer demonstração de interesse em iniciar a interação, tanto por parte da criança com o adulto, do adulto com a criança, ou da criança com o objeto. Os meios de comunicação considerados pelo instrumento são: verbal, vocal e gestual e as funções comunicativas envolvem 20 categorias para identificação.

A aplicação deve considerar 30 minutos de gravação da interação da criança com um adulto familiar, em situação mais natural possível, em um ambiente com estímulos adequados para a idade, utilizando de atividades lúdicas que sejam do interesse da criança. É indicado que a interação seja com um adulto familiar, mas caso não haja a possibilidade, o fonoaudiólogo pode assumir esse papel. Também é indicada a inclusão de “situações problema” (brinquedo quebrado/desligado, pote de blocos fechado, algo fora do alcance) para impulsionar situações comunicativas entre a criança e o adulto (ANDRADE et al., 2004; DO CARMO OLIVEIRA et al., 2020).

Para a análise, de acordo com as autoras, deve-se assistir à gravação duas vezes e revisar as anotações realizadas, além de transcrever todos os dados para uma ficha de análise. Feito isso, o protocolo traz um embasamento que indica o que seria esperado no desenvolvimento da pragmática.

Novamente, o instrumento destaca a importância de considerar a familiaridade da criança com o aplicador, além de sua realização por meio da brincadeira, uso de recursos de interesse da criança e estratégias que favoreçam a interação e coleta de dados.

Em relação aos parâmetros avaliados em cada aspecto, foi elaborado o esquema a seguir:

Figura 6 - Parâmetros da pragmática avaliados segundo o ABFW.

| Ato comunicativo | Meios comunicativos | Funções comunicativas |
|---|--|--|
| Avalia as iniciativas de comunicação e busca determinar o foco de atenção da criança (criança-objeto, criança-adulto, adulto-criança) | Verbais (incluem 75% dos fonemas da língua ou mais), Vocaís (todas as demais produções) e Gestuais (movimentos de corpo e rosto) | Divide-se em 20 funções (pedido de objeto, de ação, de rotina social, pedido de consentimento, informação, reconhecimento do outro, exibição, auto-regulatória, nomeação, performativo, exclamativo, reativo, não focalizada, jogo, exploratória, narrativa, expressão de protesto e jogo compartilhado) |

Chama-se a atenção com relação à avaliação dos atos comunicativos, que significa a linguagem diante das situações de interação entre a criança e os objetos. Apesar das dificuldades próprias do quadro, os sujeitos com TEA podem apresentar maior facilidade em manter o seu foco aos itens específicos, bem como, comunicar-se com eles. Sendo assim, a consideração desse aspecto, por parte do ABFW, pode indicar uma potencialidade de desenvolvimento e demonstrar um afastamento da busca pela “falha”, “falta”, “ausência” e, conseqüentemente, da negação da linguagem do autista.

Observa-se, sobre os meios de comunicação, que o teste considera o meio gestual, incluindo tanto movimentos corporais quanto faciais, abarcando os aspectos multimodais da linguagem. Em relação ao meio verbal, a ecolalia é considerada como meio de comunicação, o que é bem importante na avaliação de crianças com TEA, uma vez que essa é uma das características descritas na literatura. No tocante à consideração de formas de expressão “não-convencionais”, é importante ressaltar os aspectos não verbais como parte da comunicação, como parte constitutiva da interação.

Com relação às funções comunicativas, pontua-se que o teste abarca uma gama de funções bem significativa e as descreve brevemente, sendo as funções da linguagem descritas com foco na atenção compartilhada, expressão das emoções, interesse em rotinas sociais, interação com objetos/partes do corpo/pessoas, expressão de protesto, entre outros aspectos.

Diante da descrição do método adotado para análise da parte D do teste, acredita-se que esta tenha relação com a teoria dos atos de fala.

De acordo com Marcondes (2003), a teoria dos atos de fala pode ser considerada uma das principais correntes filosóficas da linguagem contemporânea no que refere à análise da pragmática. A teoria foi proposta inicialmente pelo inglês John Langshaw Austin, que defende a análise da linguagem a partir do contexto de uso, utilizada por falantes e ouvintes na sua interação com objetos específicos. Nesse sentido, a linguagem seria uma forma de agir, sendo o ato de fala a unidade básica de significação. De acordo com Austin, o ato possui três dimensões que se integram e articulam:

- Locucionário: Palavras e sentenças utilizadas na norma gramatical da língua, dotadas de sentido.
- Ilocucionário: Que se refere a “força” do ato, relacionada a intenção, pretensão, objetivo do falante com relação ao ato (informar, solicitar, demonstrar estado mental).

- Perlocucionário: Que seria a "consequência" do ato, no próprio falante, ou no ouvinte, no que se refere aos sentimentos, pensamentos e atitudes, consequência que estaria relacionada à situação social.

A adoção de tal perspectiva, explicaria a tendência do teste em considerar os interesses da criança, sua familiaridade com o ambiente e o aplicar, a busca pela significação da linguagem e valorização das “formas alternativas” de expressão por parte dos sujeitos. Fator primordial na avaliação de crianças com TEA, visto que literatura indica significativa alteração das habilidades pragmáticas no sujeito com TEA (GAIATO, 2018; WHITMAN, 2018; CAETANO et al., 2015).

Williams e Wright (2008) se referem às habilidades pragmáticas da seguinte forma:

A saber quando e como dizer coisas; por exemplo, saber revezar em uma conversa, perceber a comunicação não verbal como a linguagem corporal, saber como usar o contato visual e a expressão facial ao lado da linguagem, saber onde começar uma conversa, que nível de linguagem usar dependendo com quem falamos, como manter um tópico ou mudá-lo adequadamente na conversa.

De Mendonça Oliveira, Da Costa e Da Silva (2019, p. 55) em sua pesquisa pautada em análise autobiográfica de um sujeito com TEA, evidenciaram acerca do tema:

[...] a área mais comprometida é a da pragmática, que se refere ao uso da linguagem em contextos comunicativos. Podemos observar, pelas narrativas de Nicolas, que os déficits nesse aspecto da linguagem podem se manifestar nas dificuldades em manter um diálogo coerente, além de problemas para responder adequadamente ao que lhe é perguntado e a manutenção do foco da conversação em um único assunto de seu interesse.

Ainda sobre as habilidades pragmáticas, os autores reforçam:

No que diz respeito à compreensão da linguagem, as pessoas com TEA têm dificuldades para perceber a intenção do interlocutor, compreender atos de fala indiretos, o que faz com que haja a interpretação das palavras de forma literal. (DE MENDONÇA OLIVEIRA; DA COSTA; DA SILVA, 2019, p. 55).

Segundo Endres et.al. (2020), estaria relacionada com a teoria da coerência central, que pode gerar dificuldades em compreender e unir informações recebidas do ambiente, devido ao constante foco em detalhes específicos. Já, Tonietto e colaboradores (2011) relacionam tais dificuldades à teoria da mente, fundamental para a interpretação das situações de interação e compreensão da perspectiva do outro. Ambas as teorias já pontuadas no capítulo 2 como comprometidas em crianças com TEA e que de fato podem se relacionar com as dificuldades apresentadas pelas crianças.

Diante do exposto, percebe-se que o aspecto pragmático da linguagem é demonstrado como um dos pontos centrais no TEA, tornando sua avaliação fundamental para o processo diagnóstico e terapêutico.

De acordo com Fernandes (2021), a avaliação da pragmática como parte do processo diagnóstico na clínica fonoaudiológica surgiu com o desenvolvimento e publicação do teste ABFW, o que gerou ampliação de estudos na área.

Compreende-se que dos testes apresentados, até então, o ABFW tem se apresentado como melhor alternativa por avaliar a linguagem no uso, em contextos reais de interação, considerando questões individuais e subjetivas e, principalmente, pautando-se na perspectiva multimodal da linguagem (uso de gestos não convencionais, movimentos corporais, expressões faciais, ecolalia, emissão de sons) e no processo de significação realizado nas interações sociais. Sendo possível que esse fator tenha influenciado na escolha dos profissionais pelo instrumento.

7.4.4 Gravação e transcrição das sessões

Como se discutiu anteriormente, a fonoaudiologia utiliza de recursos e estratégias na sua área de atuação. Nesse sentido, a literatura tem descrito a prática da transcrição e gravação das sessões como ferramentas de auxílio no processo avaliativo, uma vez que permitem que o fonoaudiólogo revise o evento, analise e interprete.

Baptista (2012) relata que o material transcrito, a partir das gravações realizadas, permite ao fonoaudiólogo rever seu papel de interlocutor, analisar o material linguístico e as condições de produção, auxiliando, assim, na interpretação do que é dito, na atribuição de sentido e contraposição da emissão. Entretanto, o tema é marcado por impasses. A esse respeito, Masini (1989, p. 30) defende que ao:

[...] utilizar-se numa avaliação de linguagem de uma transcrição de um discurso já elaborada, numa situação já vivida é trabalhar com monólogos mortos [...] tentar compreender um discurso desvinculado de seu contexto lingüístico real, é trabalhar com uma compreensão passiva (diferente daquela que garante a interlocução). A esta compreensão passiva, só cabe a identificação de sinais, de formas lingüísticas, desprovidas de qualquer sentido e, portanto, desprovidas também de valor.

Sobre a afirmação de Masini (1989), vale considerar que o sujeito que analisará o material gravado e transcrito é o mesmo que participou da interação.

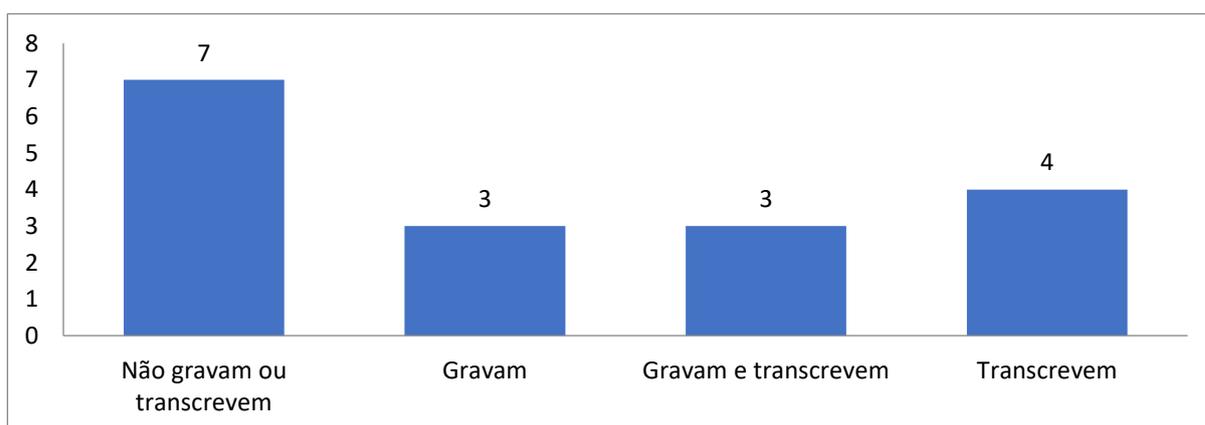
A esse respeito, Castellano et al. (1997) esclarece que, nesse contexto, o fonoaudiólogo ocupa três níveis para que possa assumir o papel de “estruturador da linguagem do seu parceiro”. Sendo eles: interlocutor (interno ao discurso, colocando-se como coautor da linguagem da criança), observador (externo ao discurso, quando revisita a situação interacional,

vê e ouve as gravações) e investigador (externa ao discurso, quando sistematiza os achados levantados pelo fonoaudiólogo interlocutor e o pelo fonoaudiólogo observador).

Portanto, a prática permitirá que o profissional ocupasse diferentes papéis na busca por compreender e interpretar a situação de interação, agora com suporte visual, auditivo e escrito. Sendo que alguns aspectos podem escapar a percepção do interlocutor no momento da interação.

Investigou-se, junto aos participantes, sobre a prática clínica de gravação e transcrição das sessões. Para isso, idealizou-se uma questão fechada, com quatro opções de escolha: i. Não gravo; ii. Gravo; iii. Gravo e transcrevo; iv. Transcrevo. A seguir serão apresentados os resultados.

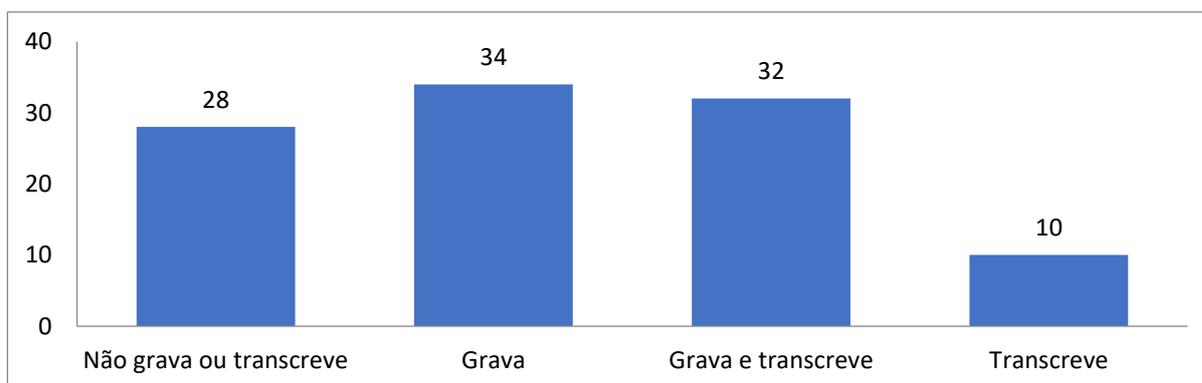
Gráfico 17 - Gravação e transcrição de sessões pelos participantes que realizam avaliação do tipo aberta.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

No grupo de participantes que realiza avaliação aberta, pouco mais da metade dos participantes indicaram ter o hábito de gravar, ou transcrever as sessões – correspondendo a 58,8%. Destes, 17,6% gravam e transcrevem, 23,5% indicaram realizar apenas transcrições e 17,6% apenas gravam. Porém, 41,2% dos fonoaudiólogos indicaram não utilizar tais estratégias.

Gráfico 18 - Gravação e transcrição de sessões pelos participantes que realizam avaliação do tipo fechada.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Já o grupo de participantes que realiza avaliação através da aplicação de instrumentos, a maioria indicou realizar gravações e/ou transcrições em sua prática clínica, correspondendo a 73,1%. Desses, 32,7% apontaram a prática de gravação, 30,8% transcrição e gravação e 9,6% apenas transcrições. Entretanto, 26,9% dos participantes responderam não realizar nem uma e nem outra estratégia na prática clínica.

Diante do exposto, observa-se que a prática de transcrição e/ou gravação é mais frequente no grupo de participantes que utiliza instrumentos fechados. A partir disso, levanta-se a hipótese da relação entre as orientações de aplicação de alguns instrumentos, que frequentemente indicam a necessidade de gravação das sessões para posterior análise, e a resposta obtida na pesquisa.

Em relação à amostra geral coletada, 71,1% dos participantes indicaram fazer uso de um ou de ambos os recursos, demonstrando que essa prática é recorrente na atuação dos fonoaudiólogos.

A respeito dessa prática na área da fonoaudiologia e especificamente na clínica da linguagem, Arantes (2019) ressalta que o acesso ao material gravado e transcrito pode auxiliar na construção de sentido e compreensão do que está apenas no imaginário do profissional, sem que se anule o que foi vivenciado por ele no contexto real. Com isso, essa prática é complementar.

Nesse sentido, Santana e Santos (2017, p. 178) destacam:

[...] a gravação e a transcrição são ferramentas imprescindíveis que permitem revisitar um evento que não se repetirá. Com a gravação, cada estágio do processo é reconstruído (VIGOTSKY; COLE, 1998), de maneira que gestos, tom de voz, movimentos corporal e facial, fala e escrita são reavaliados em “360 graus”. As transcrições do dado, por sua vez, possibilitam a “visualização” da interpretação do pesquisador sobre do evento (TALMY, 2005). Isto porque a transcrição já é, e sempre o é, uma interpretação do transcritor.

Portanto, tanto a gravação quanto a transcrição podem ser uma importante ferramenta e, de acordo com a amostra coletada, essa prática tem se tornado cada vez mais frequente, contribuindo para o processo de avaliação da linguagem de sujeitos com TEA, uma vez que permite uma melhor interpretação do cenário avaliativo.

7.4.5 Aspectos avaliados citados pelos participantes

A seguir, será apresentada uma tabela referente aos aspectos elencados pelos fonoaudiólogos como componentes da avaliação da linguagem no TEA. Esses são resultados gerados através de uma questão de múltipla escolha que compunha o questionário online.

Apesar da pergunta possuir um campo destinado a “outros”, em que os participantes poderiam incluir aspectos não contemplados no questionário, nenhum deles optou por essa possibilidade. Portanto, os 30 aspectos abaixo foram elencados pelos pesquisadores através de um levantamento das características do quadro descritas na literatura e aspectos relacionados à avaliação de linguagem de forma geral (APENDICE A). Para uma melhor visualização dos resultados, decidiu-se por distribuir tais aspectos em algumas categorias, o que contribuiu para a realização da análise e discussão dos dados apresentados a seguir.

7.4.5.1 Uso de distratores no questionário: coordenação motora, percepção visual e aspectos sensoriais.

Utilizaram-se como distratores três elementos: “coordenação motora”, “percepção visual” e “aspectos sensoriais”.

De acordo com Tomaz (2006), o uso de distratores em questões de múltipla escolha colabora para diminuição da possibilidade de “chute” e costumam ser ignorados pelos participantes “mais aptos” a responder o questionário, sendo geralmente selecionados por apenas 20% da amostra. Porém, nos resultados obtidos, os itens foram apontados por: 71,1% (coordenação motora), 73,5% (percepção visual) e 85,9% (aspectos sensoriais) dos participantes. Também é interessante ressaltar que os distratores foram selecionados de forma equiparada ou até mais frequentemente do que aspectos como interação criança-pares, criança-adultos não familiares, criança-animais, compreensão de gestos, atenção a sons ambientais, prosódia, sintaxe, fluência, fonética e fonologia.

Apesar de considerar que o desenvolvimento da linguagem é um *continuum*, não podendo ser separado do desenvolvimento global da criança, a avaliação de tais aspectos não seria de competência do fonoaudiólogo, sendo necessária a participação de uma equipe multiprofissional, como já foi citado anteriormente no capítulo 3.

Em relação à percepção visual, encontraram-se alguns estudos na área da fonoaudiologia que visavam relacionar a percepção visual à aprendizagem da leitura e da escrita (GUARINELLO; MASSI; BERBERIAN, 2008; DE SOUZA UEMA; TODA; ISOTANI, 2020; SOUZA; CAPELLINI, 2011), o que explicaria parte dos respondentes ter marcado essa opção – apesar de apenas três dos participantes terem citado realizar avaliação da linguagem escrita. A habilidade de percepção visual também foi relacionada em alguns estudos ao uso de prancha de comunicação aumentativa/alternativa ou até questões sensoriais (JUNIOR; ADAMO, 2015; DE ALMEIDA SANTOS et al., 2021).

Sobre a coordenação motora, alguns artigos a trouxeram como componente da avaliação e terapia fonoaudiológica da linguagem (SILVA; FREIRE, 2019; DOS SANTOS, 2015; JUNQUEIRA et al., 2015; BONUGLI et al., 2020), mesmo que esses não sejam direcionados a sujeitos com TEA. Porém, é importante salientar que os artigos não descrevem como é realizada essa avaliação ou estabelecido o planejamento terapêutico.

Sobre o tema, Navarro (2018) destaca que não há instrumentos ou teorias que embasem a avaliação ou terapia fonoaudiológica em relação às habilidades motoras e visuais. E mesmo pesquisas que abordam o tema o fazem de maneira superficial e inespecífica.

Entretanto, destaca-se que alguns dos instrumentos citados pelos participantes avaliam o desenvolvimento global, como é o caso da Escala Denver, VBMAPP, Portage e Inventário de Gesell. Estes instrumentos podem conter elementos que incluem questões motoras e visuais, o que explicaria o motivo de tantos participantes incluírem tais aspectos em sua avaliação.

Em relação aos aspectos sensoriais, quadros de transtornos sensoriais associados ao TEA são amplamente descritos na literatura. A área da fonoaudiologia atende demandas como disfagia, seletividade e recusa alimentar, em que aspectos sensoriais orais e faciais fazem parte da avaliação. Por conta disso, acredita-se que boa parcela dos participantes tenha elencado esse aspecto, mesmo que ele não esteja necessariamente relacionado à linguagem infantil (DE SOUZA et al., 2020; SOUSA; SANTANA, 2018). Além disso, alguns instrumentos direcionados à investigação do quadro contemplam questões relativas aos aspectos sensoriais, como: ATA, MCHAT, CARS, ACOTEA e PROTEA.

Em relação aos distratores, acredita-se que o trabalho em equipe pode propiciar que o profissional se aproprie de conhecimentos de outras áreas e realize atuações conjuntas, como

foi possível observar em algumas pesquisas desenvolvidas por fonoaudiólogos junto a fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (ROSA et al., 2015; KOLLING; PEZZI, 2020; MELO et al., 2019). Também se levanta a possibilidade da busca por cursos e capacitações que contemplam a avaliação da percepção visual, motora e sensorial.

7.4.5.2 Aspectos avaliados citados por todos os participantes: brincadeira simbólica, intenção comunicativa e imitação

Quanto aos aspectos considerados na avaliação, os únicos itens citados por todos os participantes foram: brincadeira simbólica, intenção comunicativa e imitação.

Nesse contexto, optou-se por discutir acerca de tais aspectos de forma mais detalhada, com o objetivo de compreender seu papel no desenvolvimento da linguagem infantil, bem como sua relevância no quadro de TEA.

Concebe-se que diversas habilidades se desenvolvem por meio da interação social e troca com o outro. A brincadeira ocupa um papel fundamental no desenvolvimento infantil, uma vez que permite o acesso, apropriação e internalização da cultura. Nesse processo, é imprescindível que haja um mediador que propicie condições que favoreçam e impulsionem a aprendizagem e desenvolvimento da criança (CHICON et.al., 2019).

A respeito da brincadeira no TEA, o CID 10 descreve:

A condição é também caracterizada por padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados. Isto toma a forma de uma tendência a impor rigidez e rotina a uma ampla série de aspectos do funcionamento diário; usualmente, isto se aplica tanto a atividades novas como a hábitos familiares e a padrões de brincadeiras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 248).

Assim, a dificuldade relativa ao desenvolvimento de brincadeira simbólica seria uma característica própria do quadro. De acordo com Frith (2015), essa dificuldade estaria associada ao déficit na coerência central, definida como uma tendência em relacionar partes para compreender o todo, nesse contexto, sujeitos com TEA possuiriam melhor habilidade em processar detalhes, mas apresentariam dificuldade na integração de informações.

Pautando-se nos preceitos de Vigotsky (1984), compreende-se que a brincadeira simbólica gera uma zona de desenvolvimento proximal, definida pelo autor como:

[...] a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com os companheiros mais capazes (VIGOTSKY, 1984, p. 97).

Nesse contexto, a brincadeira possibilita não apenas a representação de atividades que a criança consegue efetuar, mas também, a realização de atividades em que ela possui potencial para desenvolver em um momento futuro. Acerca da relação entre o simbolismo e a linguagem, Vigotiski (1998, p. 123) defende:

O processo de desenvolvimento da imaginação infantil, assim como o processo de desenvolvimento de outras funções psíquicas superiores, está seriamente ligado à linguagem da criança, à forma psicológica principal de sua comunicação com aqueles que a rodeiam, isto é, à forma fundamental de atividade coletiva social da consciência infantil.

Dessa forma, a brincadeira simbólica possui um papel fundamental no desenvolvimento da linguagem, comunicação e inserção social.

De acordo com Chicon et al. (2019), a brincadeira possibilita que o sujeito atue no campo da imaginação e, por meio das atividades simbólicas, replique e crie ações/situações, passe a compreender as ações do outro, as suas próprias, incorpore regras sociais, desenvolva atenção voluntária e aprenda a se autorregular. A imaginação presente na brincadeira é compreendida como atividade constituída através da experiência, a partir das interações sociais. Ainda, segundo as considerações de Sá, Siquara e Chicon, (2015, p. 361):

[...] é fundamental, para o desenvolvimento de crianças com autismo, a promoção de estímulos que favoreçam sua capacidade simbólica, vislumbrando, nesse processo de simbolização, um instrumento significativo para que a criança autista tenha condições de interpretar as diversas realidades culturalmente instituídas, constituindo-se efetivamente como sujeito social, visto ser 'no coletivo que a criança aprende a conhecer, conceituar, elaborar e a significar [(res)significar/apropriar] o mundo'.

Diante do exposto, percebe-se que, a brincadeira simbólica, por ser construída por meio da mediação que está associada à interação social, a principal dificuldade pontuada em relação à condição. Portanto, se compreende que é um aspecto de análise extremamente importante no tocante do TEA, principalmente por permitir que a criança acesse e compreenda o mundo a sua volta.

Quanto à intenção comunicativa, de acordo com Klin (2006), desde o nascimento, crianças demonstram uma tendência a se envolver em situações de interação social e buscam compreender o ambiente em que vivem. Inicialmente, demonstram esse interesse no interlocutor voltando sua atenção para sorrisos, vozes e brincadeiras, ou seja, experiências proporcionadas pelos familiares e cuidadores.

Em um primeiro momento, essa intenção apresenta função exploratória, ou seja, tem o objetivo de investigar objetos, partes do corpo, itens de vestuário, entre outros. E é através da significação dada pelo interlocutor para as expressões mais básicas apresentadas pelo bebê,

como choro, vocalizações e movimentos corporais, que este desenvolve e expande a intenção comunicativa (ANDRADE et al., 2004).

São diversas as intenções que podem ser expressas pelas crianças. De acordo com Sua-Kay (2006), as intenções comunicativas observadas mais frequentemente em crianças neurotípicas são: responder, comentar, explicar, protestar, pedir, cumprimentar, chamar atenção para si ou algum evento específico, expressar emoções (choro), modificar algo de lugar.

Em contrapartida, Willians (2003) indica que as funções não-focalizada (não aparenta ter foco em algum objeto ou pessoa) e exploratória (focada na exploração de objeto ou parte do corpo) estão relacionadas ao desenvolvimento de crianças com TEA.

De acordo com Monticelli (2015), a atenção compartilhada é uma das habilidades mais importantes para o desenvolvimento da linguagem, compreensão das intenções comunicativas do seu interlocutor, imitação e reconhecimento do seu papel e do outro nas interações. Compreende-se que essa habilidade linguística está relacionada ao processo de mediação, realizada por meio da interação social e, conseqüentemente, envolve a relação entre a criança, o interlocutor e os objetos de interesse.

De acordo com Saad e Goldfeld (2009), o desenvolvimento da intenção comunicativa deve ser a base da intervenção terapêutica em linguagem, proporcionando estímulos e gerando situações de interação que favoreçam a troca entre os interlocutores.

Carpenter e Tomasello (2000), por sua vez, ressaltam que as habilidades linguísticas emergem a partir de atividades de atenção compartilhada e demonstram uma tendência por parte da criança à socialização. Assim, através dessas atividades, a criança observa o interlocutor, as situações sociais, os objetos, compartilha experiências e se desenvolve. Nesse contexto, o sujeito passa a desenvolver a intenção de se comunicar com o outro. Os autores ainda afirmam que as dificuldades relacionadas à atenção compartilhada representam um forte indicador do quadro de TEA, que se distancia consideravelmente das habilidades apresentadas por crianças neurotípicas.

Diante do exposto, conclui-se que a avaliação da intenção comunicativa é relevante, uma vez que está relacionada ao desenvolvimento da linguagem e representa um importante aspecto no neurodesenvolvimento infantil.

Por fim, quanto à imitação, Capovilla e Capovilla (1997) aponta que esta habilidade é um aspecto relevante quando se fala do desenvolvimento motor, social, linguístico e comunicativo da criança.

Com relação à habilidade de imitação e o processo de aquisição da linguagem, Tomasello (1999) defende que a aprendizagem de gestos e a utilização convencional dos

objetos ocorrem por meio da imitação, necessitando que a criança compreenda a intenção do interlocutor para se apropriar e posteriormente fazer uso em contextos sociais semelhantes.

Backes, Zanon e Bosa (2017) ressaltam que a imitação é uma das principais vias de aprendizagem e não é compreendida como reprodução de determinadas ações, mas um ato intencional empregado no contexto social e direcionado ao outro. Portanto, a imitação é uma habilidade que amplia as possibilidades de aprendizagem e, quando alterada, pode comprometer o desenvolvimento cognitivo e linguístico dos sujeitos.

É sabido que, em crianças com TEA, a imitação apresenta prejuízos, muito possivelmente por conta das dificuldades de interação, reciprocidade social, engajamento e atribuição de estados mentais. Inclusive, o tema já fora exposto com maior profundidade no capítulo um, quando se discutiu acerca da participação dos neurônios espelho no processo de desenvolvimento humano e seu impacto na habilidade de imitação e linguagem.

Alguns autores também sugerem uma relação entre a habilidade de imitação no TEA e uma possível dificuldade de planejamento e execução motora (TAMANAHA et al., 2014; GIACOMO et al., 2009). Prestes, Tamanaha e Perissinoto (2009) também desenvolveram um estudo com objetivo de investigar as habilidades verbais e não-verbais de crianças com TEA. Em relação aos resultados obtidos, o estudo indicou que as crianças apresentam um repertório reduzido de gestos. Na pesquisa de Souza et.al. (2015), a qual objetivava comparar as habilidades de imitação de crianças com DEL e TEA, os resultados indicaram maior comprometimento na imitação no grupo de crianças com TEA e, ainda, a relação entre essa habilidade com a produção verbal e construção de enunciados. Sobre o papel da imitação no desenvolvimento da linguagem, Souza et.al. (2015, p. 146) destacam:

Na clínica fonoaudiológica da linguagem, os objetivos são alcançados por meio de estratégias mediadoras, verbais e não verbais, em atividades contextualizadas em que imitação, espontânea ou dirigida, é um dos recursos de expansão do repertório de atividades exploratórias, de jogos e das habilidades de comunicação social.

A partir das discussões apresentadas, pode-se concluir que a avaliação da habilidade de imitação é relevante, uma vez que está relacionada com a interação social, ponto central do quadro de TEA. Aspecto tão necessário que, inclusive, é utilizado como recurso terapêutico.

Em relação à avaliação da intenção comunicativa, à imitação e à brincadeira simbólica, conclui-se que tais aspectos possuem importância na avaliação clínica de quadros de TEA. Entretanto, acredita-se que a avaliação não deve abranger somente esses aspectos como pontos centrais, pois muitos outros compõem as interações sociais e se relacionam com o desenvolvimento linguístico dos sujeitos.

7.4.5.3 Aspectos avaliados citados pelos participantes: interação social

As dificuldades relacionadas à interação social são amplamente descritas na literatura e apontadas pelo DSM-V como critério diagnóstico:

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 50).

Nesse contexto, as dificuldades apresentadas teriam relação com a reciprocidade, com compartilhamento de interesses, com interpretação de pistas contextuais, com manutenção da conversa, com compreensão da perspectiva do interlocutor, com interesse no outro, ou em dar manutenção na interação, na linguagem expressiva, na adaptação a diferentes ambientes, pessoas e lugares.

Como já mencionado, a interação é um aspecto primordial para o desenvolvimento humano. É na situação de interação que o sujeito se constitui, relaciona-se com o mundo, apropria-se da cultura e incorpora regras sociais. O que acontece por meio da mediação, ou seja, compartilhamento de atenção com o outro e os instrumentos (MORATO, 2004).

Entretanto, percebe-se no quadro abaixo que a interação social não foi por todos os participantes da pesquisa:

Quadro 15 - Aspectos avaliados pelos participantes: Interação.

| Avaliação da interação | % |
|---|-------------|
| Interação Criança-adultos não familiares | 86 (71,1%) |
| Interação Criança-terapeuta | 118 (97,5%) |
| Interação Criança-familiares | 107 (88,4%) |
| Interação Criança-pares (outras crianças) | 89 (73,5%) |
| Interação Criança-animais | 26 (21,5%) |
| Interação criança-objetos | 110 (90,9%) |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Observa-se que o item “Interação com a terapeuta” foi citado pela maior parte dos participantes, seguido por “interação com os objetos” e “Interação com os familiares”. Possivelmente, os aspectos citados têm relação com os dados apresentados no tópico “Ambiente

de atendimento”, em que os profissionais indicaram realizar a avaliação predominantemente no consultório, o que limitaria a observação da interação com pares, adultos não familiares ou animais. Entretanto, salienta-se que parte dos participantes não indicou avaliar a interação social com diferentes interlocutores.

Considerando que é por meio da interação que o sujeito se constitui, compreende-se que não é possível concebê-lo fora da relação com o outro e com o meio. Ou seja, a avaliação de todo e qualquer aspecto está intrinsecamente atrelada à interação.

7.4.5.4 Aspectos avaliados pelos participantes: Uso funcional dos objetos e comportamentos repetitivos

Crianças com TEA podem apresentar dificuldade em utilizar objetos de maneira convencional, uma vez que podem possuir dificuldades de interação, brincadeira simbólica, atenção compartilhada e interesse em jogos sociais e no interlocutor. Nesse sentido, a literatura relata o uso de objetos de maneira repetitiva, como empilhar, enfileirar, observar, apertar, desmontar, segurar, arremessar e girar (MARCELLI, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

De acordo com alguns estudos, os ditos comportamentos e interesses restritos/repetitivos/estereotipados também podem ser observados no que se refere aos interesses das crianças em objetos, aos brinquedos, às pessoas, a lugares e à insistência em assuntos específicos (ZANON, BACKES, BOSA, 2014; APA, 2014; VIANA; DA SILVA NASCIMENTO, 2021). Alguns estudos trazem a ecolalia e a estereotipia como comportamento repetitivo (TAGER-FLUSBERG et al., 2009; OLIVEIRA, 2003), porém, compreende-se aqui que estas são formas de expressão e regulação (BARROS; FONTE, 2016; BARBOSA et al., 2020)

Em relação a esses aspectos, os participantes indicar o seguinte:

Quadro 16 - Aspectos avaliados citados pelos participantes: Uso funcional dos objetos e comportamentos repetitivos/estereotipados

| Aspectos avaliados | % |
|---|-------------|
| Uso funcional dos objetos | 118 (97,5%) |
| Comportamentos repetitivos/estereotipados | 113 (93,4%) |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Considerando que tais aspectos são características do quadro e relacionados à brincadeira simbólica e à imitação, itens citados de forma unânime, acredita-se que o resultado sugere dificuldade por parte dos participantes em indicar os aspectos avaliados, assim como, relacioná-los entre si.

7.4.5.5 Aspectos avaliados citados pelos participantes: Aspectos atencionais

De acordo com Vigotsky (2000), é através da interação social materializada em relações mediadas que se dá o desenvolvimento das funções psicológicas superiores e condutas culturais. As funções psicológicas superiores de acordo com o autor se referem a aspectos como atenção voluntária, à memória, à percepção e à construção de conceitos. Já, as condutas culturais estariam relacionadas com o desenvolvimento da linguagem, com intencionalidade, com desenho, com escrita e com cálculo.

Nesse contexto, a atenção é parte de um sistema funcional complexo e está inter-relacionada com as demais funções citadas acima. Inicialmente, ainda nos primeiros anos de vida, a criança volta sua atenção ao outro, que a organiza através da exposição a diversos estímulos ambientais (contato visual, demonstração de afeto, uso de gestos, expressões faciais, sons, sabores, luzes, cores, texturas etc.), processo em que a linguagem ocupa papel fundamental. A atenção, progressivamente, torna-se mais complexa, apresentando-se de forma voluntária (LURIA, 1981).

Segundo Tomasello (2003), inicialmente, o bebê não consegue dividir sua atenção entre interlocutor e o objeto, sendo que, por volta dos 09 meses, passa a desenvolver uma relação de tríade (interação com pessoas e com objetos de forma coordenada). O autor indica que essa relação se chama atenção compartilhada.

Em relação aos aspectos atencionais, os resultados serão expostos abaixo:

Quadro 17 - Aspectos atencionais citados pelos participantes.

| Aspectos atencionais avaliados | % |
|--|-------------|
| Atenção à fala do outro | 115 (95%) |
| Atenção a sons ambientes | 101 (83,5%) |
| Atenção compartilhada | 113 (93,4%) |
| Tempo de atenção (durante brincadeiras, atividade e jogos) | 110 (91%) |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Observa-se que a maior parte dos participantes indicou considerar tais aspectos em sua avaliação. Assim, compreende-se que o desenvolvimento da atenção está relacionado à interação, ao interesse no interlocutor, aos estímulos ambientais e ao compartilhamento de interesses, aspectos em que crianças com TEA apresentam significativa dificuldade. E, portanto, sua avaliação é indispensável, principalmente, ao que se refere à atenção compartilhada, ponto fundamental para o desenvolvimento humano.

7.4.5.6 Avaliação da linguagem compreensiva e expressiva

De acordo com Fugiwara e Novaes-Pinto (2013), na literatura brasileira é possível encontrar diversos estudos acerca da linguagem expressiva. Em contrapartida, os estudos envolvendo a compreensão ainda são escassos.

Nesse contexto, são poucos os instrumentos normatizados, padronizados e adaptados culturalmente para a população brasileira e, em sua maioria, concentram-se no vocabulário receptivo para avaliar a compreensão (MENEZES, 2003; GURGEL, 2010). Nesse sentido, Giusti e Befi-Lopes (2008) destacam que a escassez de instrumentos pode refletir no processo diagnóstico, estabelecimento de condutas e construção de planejamento terapêutico.

Alguns autores ressaltam que as avaliações disponíveis frequentemente incluem tarefas como compreensão de palavras e sentenças de múltipla escolha, que requerem outras habilidades, como funções executivas (FRIZELLE et al., 2017). Siqueira et al. (2017) indicam que aspectos como idade, contexto, interlocutor, metaforidade e familiaridade também estão envolvidos no trabalho linguístico feito pelo sujeito para interpretar e compreender. De acordo com Kim (2016), a inferência e a teoria da mente estariam diretamente relacionadas à compreensão. Outros autores sugerem que dificuldades de compreensão podem ocorrer devido à dificuldade em utilizar as informações semânticas para interpretar o que foi dito (TAGER-FLUSBERG; JOSEPH, 2003; PAUL; FISCHER; COHEN, 1988).

Além disso, autores indicam a presença de dificuldades na interpretação da fala do outro considerando o contexto semântico em que determinado discurso foi construído, bem como, maior dificuldade em compreender conceitos abstratos de tempo e espaço (SHWARTZMAN, 1997; MARTÍN-BORREGUERO, 2005; GOLENDZINER, 2017).

Nesse sentido, percebe-se que diversos aspectos estão envolvidos no processo de significação e compreensão da fala do outro, como semântica, sintaxe, conhecimento de mundo,

habilidade de fazer inferências, identificar pistas contextuais e prosódia (MANSUR; RADANOVIC, 2004).

Diante do exposto, pode-se inferir que sujeitos com TEA possivelmente apresentarão dificuldades referentes à linguagem compreensiva, uma vez que, como indicado nos capítulos anteriores, são apontados prejuízos nas funções executivas na teoria da mente, na compreensão de pistas contextuais, na restrição de interesses e na tendência a interpretar o discurso do outro de maneira literal, o que reforça a importância da avaliação desse aspecto.

Em relação a esse aspecto, os fonoaudiólogos indicaram:

Quadro 18 - Avaliação da linguagem compreensiva.

| Avaliação da linguagem compreensiva | % |
|--|-----------|
| Compreensão oral | 115 (95%) |
| Compreensão de gestos | 98 (81%) |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Percebe-se, através da análise dos dados, que a compreensão oral foi citada com mais frequência quando comparada à compreensão de gestos, possivelmente, pelo fato da maioria das avaliações focarem em tarefas englobam a oralidade, como é o caso do PROC e ADL. Entretanto, compreende-se que os gestos são parte do processo de interação não podendo ser descolados do diálogo, portanto, destaca-se a relevância da consideração da compreensão gestual como componente da avaliação.

Porém, tanto a compreensão oral quanto a gestual não foram citadas de forma unânime, o que demonstra que ambos os aspectos têm sido descartados por alguns profissionais.

Também, salienta-se que existe uma incongruência nas respostas quando se compara o resultado com os aspectos avaliados nos instrumentos.

Como já citado no capítulo 4, crianças com TEA apresentam dificuldades em linguagem expressiva que, a depender do sujeito, podem se manifestar de diferentes formas, visto que são características do próprio quadro, relacionadas às dificuldades de interação social, meio pelo qual o sujeito se desenvolve.

Em relação a esse aspecto, os sujeitos da pesquisa indicaram:

Quadro 19 - Avaliação da linguagem expressiva citada pelos participantes.

| Avaliação da linguagem expressiva | % |
|---|-------------|
| Função comunicativa (perguntar, comentar, responder, solicitar, entre outras) | 113 (93,4%) |
| Contato visual | 115 (95%) |
| Alcance dirigido | 115 (95%) |
| Uso de gestos comunicativos | 115 (95%) |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Apesar de a maioria dos participantes citarem a avaliação de tais aspectos, percebe-se que uma pequena parcela não os considerou. Frisa-se a relevância de que sejam incluídos no processo avaliativo, sobretudo o contato visual, amplamente descrito na literatura como fator importante no quadro, e também o uso de gestos, que é um recurso valioso de comunicação, principalmente, para crianças não-verbais.

Compreende-se que o alcance dirigido seria o princípio do desenvolvimento do gesto de apontar que, inicialmente, dirige-se ao objeto e, após significado pelo outro, passa a ser um comportamento social (VIGOTSKY, 1987). Por esse motivo, sua avaliação torna-se importante, visto que precede uso do gesto direcionado ao interlocutor e demonstra o interesse da criança pelo entorno.

Durante o processo de aquisição, a criança aprende não somente as habilidades compatíveis com os níveis linguísticos e estrutura formal da língua, mas também, o uso da linguagem em situações sociais (PRUTTING, 1982). Nas interações e nos diversos contextos sociais, os sujeitos comunicam-se com diferentes propósitos (exemplo: pedir, comentar, demonstrar as emoções), o que não ocorre de maneira fluída durante o diálogo. Estudos comentam que as funções comunicativas de crianças com TEA apresentam características próprias e merecem atenção (WILLIAMS, 2003; MILHER; FERNANDES, 2006).

Diante do exposto, compreende-se que todos os aspectos estão associados à avaliação da linguagem, não somente com foco no público com TEA e, portanto, devem ser investigadas.

7.4.5.7 Avaliação dos níveis da linguagem aspectos linguísticos

O desenvolvimento da linguagem de crianças com TEA é marcado por um atraso na aquisição das primeiras palavras. Deste modo, o vocabulário pode estar abaixo do esperado para idade (EIGSTI et al., 2011). Também, podem apresentar vocabulário formal e utilizar

palavras “difíceis” ao invés de um vocabulário mais familiar e compatível com a faixa etária, tornando a fala pouco espontânea. Entretanto, Perkins et.al. (2006) indicaram em sua pesquisa que não encontraram evidências de alteração no vocabulário, mas relataram recorrentes “erros” espaciais e temporais. Segundo Barreira (2011), sujeitos com TEA de alto funcionamento possuem maior dificuldade em produzir conjunções subordinadas e coordenadas em relação a substantivos, verbos e adjetivos. Alguns autores indicam que também existe dificuldade em interpretar e produzir elementos de espaço e tempo (lá/aqui/agora) (DURRELMAN et al., 2015; EIGSTI et al., 2011).

Segundo Rapin (2005), no quadro de TEA, geralmente, existe prejuízo no domínio de estruturas linguísticas, como uso de verbos, adjetivos, conjunções, e pronomes. Por vezes, crianças com TEA apresentam fala telegráfica, com ausência de elementos coesivos, inversão de pronomes, enunciados mais curtos, construídos de forma “não usual” e de difícil compreensão. Tager-Flusberg (1991), contudo, defende que crianças com TEA possuem a habilidade de armazenar uma quantidade bem significativa de palavras na memória, porém apresentam dificuldades em utilizá-las em contextos sociais.

De acordo com Durrleman (2015), crianças com TEA apresentam maior dificuldade em construir e compreender enunciados em voz passiva em comparação a crianças neurotípicas, o que, segundo o autor, tem raiz nas dificuldades pragmáticas. Sobre o tema, Costa e Lobo (2020) indicam que enunciados em voz passiva, quando mais curtos e acompanhados por verbos agentivos parecem ser mais difíceis para sujeitos com TEA.

Em relação ao aspecto sintático, alguns autores indicam que ainda há controvérsia na literatura no que se refere ao público com TEA (BEZERRA, 2018; VARANDA; FERNANDES, 2014). A sintaxe relaciona-se com a estrutura da língua e a combinação de palavras para formar enunciados, sendo que esta estrutura está associada a outros aspectos linguísticos como fonologia, morfologia e semântica (BARREIRA, 2011).

Com relação ao aspecto prosódico, a prosódia é definida como propriedades suprasegmentais da fala, componentes não verbais que modulam e aprimoram o significado do discurso, além de transmitir informações sobre o estado afetivo (LOPES; LIMA, 2014; BORREGO; BEHLAU, 2012). Dessa forma, mostra-se fundamental para a compreensão da intenção do outro, que por vezes não vai ao encontro do discurso gramaticalmente produzido pelo sujeito, como ocorre no caso do sarcasmo e da ironia, em que a prosódia molda a enunciação (BARBOSA; MADUREIRA, 2015; LOPES; LIMA, 2014).

Sujeitos com TEA costumam apresentar dificuldade em modular a melodia da fala, podendo apresentar entonação exagerada, fala monótona, excessivamente formal, assim como,

instabilidade no volume e duração da fala. Também, são citadas na literatura questões como dificuldade em interpretar e produzir conteúdo emocional e, uma tendência a compreender o discurso de forma literal (BARON-COHEN; STAUNTON, 1994; HARGROVE; SHERAN, 1989).

A partir do exposto, acredita-se que esse é um aspecto importante a ser considerado na avaliação da linguagem. Porém, algumas pesquisas pontuam que não há consenso na literatura sobre a alteração da prosódia em sujeitos com TEA (CICUTI et al., 2017; LIMA; CONSTANTINI, 2017; MCCANN; PEPPÉ, 2003), o que pode ter relação com o fato de alguns participantes da pesquisa não considerarem tal aspecto, ou mesmo, a escassez de instrumentos nas áreas da fonoaudiologia e da linguística que contemplem essa avaliação.

Quanto à avaliação dos aspectos e níveis linguísticos citados pelos participantes da pesquisa, podemos observar as respostas no quadro abaixo:

Quadro 20 - Avaliação dos níveis e aspectos linguísticos citados pelos participantes.

| Avaliação dos níveis e aspectos linguísticos | % |
|---|------------|
| Aspecto semântico | 95 (78,5%) |
| Aspecto fonético-fonológico | 89 (73,5%) |
| Aspecto pragmático-discursivo (troca de turno, fuga de tópico, persistência em um tópico, entre outros) | 110 (91%) |
| Aspectos prosódicos | 89 (73,5%) |
| Fluência | 65 (53,7%) |
| Aspecto sintático | 89 (73,5%) |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

É possível observar que o aspecto mais citado foi o pragmático-discursivo, acredita-se que pela sua grande relevância no quadro de TEA, como já mencionado anteriormente, uma vez que as maiores dificuldades apresentadas se referem ao desenvolvimento desse nível linguístico.

Ainda, de acordo com os dados apresentados acima, percebe-se que a fluência foi o aspecto citado por uma parcela menor dos participantes, possivelmente, pelo fato de existirem poucas pesquisas abordando o tema em relação ao TEA (SANTOS, 2021). Isso compromete,

em muito, o acesso ao conhecimento científico e técnico, necessários como base de todo processo avaliativo.

Em seguida, foram citados os aspectos fonético-fonológico, sintático e prosódico. Em relação aos aspectos fonético-fonológico e ao sintático, as respostas podem ter relação com a faixa etária atendida pelos profissionais. Outra possibilidade é que parte das crianças em acompanhamento ainda não tenha desenvolvido a fala. Entretanto, é importante frisar a importância da avaliação desses níveis linguísticos.

Após os aspectos fluência, fonético-fonológico, sintaxe, prosódia, foi citada a semântica. O nível semântico se refere à relação dos signos linguísticos com o seu sentido.

Entretanto, nenhum dos aspectos foi considerado por todos os fonoaudiólogos, o que é preocupante visto a relevância do desenvolvimento da linguagem, não apenas nos quadros de TEA.

7.4.6 Diferenças entre grupos

Foi possível observar que houve uma diferença significativa entre os aspectos considerados pelos participantes dos dois grupos de avaliação citada, avaliação aberta e avaliação fechada. O resultado será apresentado no quadro abaixo.

Quadro 21 - Diferenças entre grupos.

| Grupo que citou avaliação aberta | Grupo que citou avaliação fechada |
|--|---|
| Brincadeira simbólica Aspectos sensoriais Interação criança-terapeuta Interação criança-familiar Interação criança-objeto Intenção comunicativa Contato visual Imitação Compreensão oral Coordenação motora Atenção à fala do outro, Atenção a sons ambientais Comportamentos repetitivos/estereotipados e Tempo de atenção | Brincadeira simbólica Uso funcional dos objetos Intenção comunicativa Imitação Alcance dirigido |

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Todos os participantes do grupo de avaliação aberta citaram 13 dos 30 itens dispostos da pergunta de múltipla escolha, sendo que coordenação motora e aspectos sensoriais são

considerados distratores na presente pesquisa, conforme apresentado no item “Uso de distratores no questionário: coordenação motora, percepção visual e aspectos sensoriais”. Fica evidente, ao observar o quadro acima, que este grupo considerou como ponto central a avaliação da interação social, destacando os diferentes interlocutores, orientação social, relação da criança com o objeto, o simbolismo, compreensão, aspectos atencionais, assim como características do quadro (contato visual e comportamentos repetitivos), que de fato são aspectos primordiais no tocante do TEA.

Em contrapartida, o grupo de avaliação fechada citou apenas cinco aspectos de forma unânime, sendo que o grupo não coloca a interação social como ponto central da avaliação, aspecto este indispensável, pois é através da interação que serão avaliados quaisquer outros aspectos.

Essa diferença entre os grupos sugere que aqueles que utilizam instrumentos fechados possuem maior dificuldade em refletir sobre a sua prática, pois os principais instrumentos citados para avaliação abarcam boa parte dos aspectos apresentados na pergunta de múltipla escolha, como é possível observar na discussão empreendida no tópico “Instrumentos Utilizados para Avaliação”.

Entretanto, independente do grupo, observou-se que diversos aspectos foram desconsiderados por uma parcela dos participantes. Diante dos resultados apresentados, surgem diversos questionamentos acerca da seleção dos aspectos considerados no processo avaliativo. Levanta-se, então, a hipótese que, de maneira geral, os respondentes possuem dificuldade de refletir sobre a sua prática, uma vez que, mesmo os participantes experientes, com pós-graduação e cursos complementares, deixaram de considerar aspectos relacionados direta ou indiretamente à interação social e, portanto, intrínsecos à linguagem. Destaca-se que, no presente trabalho, considera-se que avaliar a linguagem é avaliar a interação, pois é por meio da interação que o sujeito se constitui, apropria-se da cultura, das regras sociais e desenvolve a linguagem. Nas palavras de Orrú (2019, p.51):

O ser humano é por si só complexo, singular e, no que se trata do desenvolvimento, todas as coisas são pertinentes e contam. Logo, não é possível dizer com certeza que certa habilidade é mais importante do que outra...

Portanto, não se pode reduzir a avaliação da linguagem aos aspectos elencados pelos participantes, uma vez que o desenvolvimento e apropriação da linguagem são processos complexos, envolvendo diversos aspectos que são inerentes às situações de interação. Entretanto, salienta-se que a aplicação de questionários pode apresentar limitações que precisam ser consideradas como barreiras na coleta de dados.

De acordo com Chaer, Diniz e Ribeiro (2012), a aplicação de questionários é uma técnica muito viável, principalmente, quando se tem como objeto de pesquisa questões de cunho empírico, envolvendo opinião, percepção, posicionamento e preferência dos pesquisadores. Porém, sua aplicação apresenta algumas limitações, que podem influenciar na geração de dados, como conteúdo, número e ordem das questões. Além disso, os autores salientam que perguntas do tipo fechadas, mesmo quando de múltipla escolha, podem restringir as possibilidades de resposta dos participantes, e que a extensão do questionário pode desmotivá-los a responderem.

É possível que esses fatores tenham influenciado de forma negativa nos resultados, uma vez que o questionário era composto por 31 perguntas – cinco referentes aos dados de identificação, cinco aos dados de formação, oito acerca da experiência profissional, 11 destinadas ao processo avaliativo e duas destinadas a comentários sobre a avaliação no TEA e participação na pesquisa. Além disso, estima-se que o tempo necessário para respondê-lo seria em torno de 10 minutos.

7.4.7 Autoavaliação dos participantes

O preenchimento de um questionário representa sempre um momento de reflexão para os participantes. Nesse sentido, os comentários feitos por estes também serão foco de análise.

A discussão realizada a seguir foi baseada nas questões 14 e 15, respondidas por 51 e 65 participantes, respectivamente. Nesses campos, os profissionais poderiam realizar comentários acerca da avaliação e indicar como se sentiram ao responder o questionário.

Em relação à atuação, alguns dos participantes indicaram ter domínio sobre o tema e segurança em trabalhar na área da linguagem realizando avaliação de crianças com TEA. Nas palavras deles:

P. 90

“Sem dificuldades de responder as perguntas.”

P. 9

“Confortável, pois o que descreve vai de encontro a minha prática clínica.”

P. 52

“Achei as perguntas muito pertinentes, me senti segura para responder.”

P. 4

“Achei excelente”

P. 93

“Confortável :)”

Outros ainda indicaram que o questionário fomentou a reflexão sobre sua prática clínica, oportunizando que questionassem alguns pontos e observassem a necessidade de da busca por aprimoramento:

P. 85

“Comecei a repensar a minha prática, e as formas que posso melhorá-la.”

P.10

“Com esse questionário senti que estou no caminho certo, contudo, percebi que preciso me aperfeiçoar.”

P. 96

“Achei as perguntas muito relevantes, fazendo eu me questionar em alguns pontos da minha prática clínica.”

P. 64

“Percebi que atuo com comunica constante com equipe multidisciplinar. O que é bom. Mas percebi também que preciso fazer mais cursos.”

Entretanto, outros fonoaudiólogos indicaram se sentirem perdidos, desafiados, avaliados e reflexivos:

P. 38

“Eu me senti como se estivesse num rio e nadando pra qualquer lado. Sem realmente me pautar em estudos científicos”

P. 20

“Reflexiva a respeito das práticas adotadas”

P. 10

“Avaliada”

P. 22

“Reflexivo”

Levanta-se a possibilidade de que o desconforto dos profissionais esteja atrelado à escassez de instrumentos específicos para avaliação da linguagem no TEA, assim como, a carência de normativas que busquem nortear o trabalho do fonoaudiólogo, pois se compreende que esses aspectos podem impactar na prática dos profissionais. Queixas essas, apresentadas pelos próprios participantes da pesquisa.

A esse respeito, alguns fonoaudiólogos expuseram:

P. 11

“Me fez pensar em relação aos protocolos normatizados para linguagem.”

P. 109

“Eu particularmente sinto algumas necessidades quanto aos materiais, jogos e estratégias de estimulação.”

P. 98

“Gostei muito dos questionamentos e acho importante, principalmente para demonstrar a importância da Fonoaudiologia na intervenção do Autismo, onde acredito que faltam estudos para nos embalsarmos.”

P. 44

“Necessário validar testes brasileiros específicos para o Fonoaudiólogo.”

P. 32

“Vejo uma importância do trabalho, porque percebo uma escassez de protocolo/instrumentos para realizar uma avaliação mais eficaz para a fonoaudiologia.”

P.77

“Sim. Precisamos de mais instrumentos específicos para estes casos, com normativas mais específicas.”

P. 38

“A Fonoaudiologia necessita de um protocolo de avaliação para crianças suspeitas de autismo.”

Ao que parece, a avaliação por meio dos instrumentos disponíveis na área da fonoaudiologia não tem sido suficientes para que se avalie de forma integral as características que compõe a linguagem no TEA, uma vez que os aspectos interacionais, comportamentais e a expressão não verbal, têm sido deixados de lado. Portanto, ainda há uma carência no que se refere à avaliação dos aspectos linguístico-cognitivos no TEA.

Diante do exposto, se defende e destaca a necessidade de normativas específicas para o público de TEA, ao passo que a avaliação por meio dos instrumentos disponíveis na área da fonoaudiologia aparentemente não tem sido suficiente para que se avalie de forma integral as características que compõe a linguagem no TEA. Isso faz com que os profissionais utilizem diversos instrumentos e realizem adaptações, para que se faça o diagnóstico fonoaudiológico.

É perceptível, a partir da análise dos dados gerados, a dificuldade encontrada pelos profissionais em indicar instrumentos e estabelecer aspectos avaliados, demonstrando a importância de um protocolo que direcione a avaliação da linguagem, que no quadro de TEA está para além de um atraso, possuindo características próprias e, por vezes, tomando rumos alternativos.

8 CONCLUSÃO

Essa dissertação buscou compreender como é realizada a avaliação da linguagem de crianças com TEA na área da fonoaudiologia. Inicialmente foi realizada uma contextualização histórica acerca do conceito de TEA e a visão construída nos manuais diagnósticos. Observou-se que ao longo dos anos, foi elaborado um discurso que colocava esses sujeitos como incapazes, anormais e improdutivos. Por esse motivo, muitos desses sujeitos eram marginalizados e apartados da sociedade. Contudo, nos tempos atuais, é cada vez mais frequente que os sujeitos ocupem e circulem em diferentes esferas da sociedade, ingressando na Universidade, constituindo família, ou seja, participam de práticas sociais de modo ativo e independente. Portanto, pode se considerar, que mesmo a passos lentos, está ocorrendo uma desconstrução da visão capacitista imposta ao sujeito com TEA ao longo dos anos. Muito possivelmente impulsionada pela visibilidade do tema, uma vez que discussões acerca do TEA vem ganhando espaço e se difundindo.

Uma das grandes discussões na literatura atual é sobre a etiologia e epidemiologia do quadro. A causa do TEA ainda não foi desvendada por completo, entretanto, muitas pesquisas foram desenvolvidas e as evidências mostram uma influência multifatorial, ligada a fatores genéticos e ambientais.

Foi possível observar que, apesar dos esforços dos pesquisadores e das diversas hipóteses etiológicas levantadas, o TEA ainda não foi totalmente compreendido, mesmo que se acredite fortemente na sua relação com fatores genéticos. Apesar disso, é evidente o expressivo aumento do número de diagnósticos, em torno de 4950,5% desde a primeira pesquisa desenvolvida em 1966 por Victor Lotter no condado de Middlesex, até a última pesquisa publicada pelo CDC em 2021. Embora se considere que houve grande refinamento na metodologia das pesquisas e que se acredite que já na data da primeira publicação a prevalência fosse mais expressiva do que a indicada na publicação. Independente da influência desses fatores, é inegável que a prevalência tem aumentado. (CAETANO et.al, 2015; MAENNER et.al, 2021; OLIVEIRA et.al, 2017). É fato que atualmente os familiares estão mais atentos, os profissionais mais preparados, existe uma maior compreensão e acesso à informação sobre o quadro, assim como refinamento no processo diagnóstico e diagnósticos recebidos na vida adulta. Desse modo, as discussões empreendidas, indicam que o TEA se tornou uma questão de saúde pública, demonstrando a necessidade de criação de políticas públicas e do desenvolvimento de estudos que se debrucem sobre o tema.

Vale ressaltar também que não existem marcadores biológicos que possibilitem o diagnóstico. Portanto, este é realizado por meio de observação clínica, considerando as características próprias do quadro. Para tal, destacou-se a importância da equipe multidisciplinar, tendo em vista que o quadro de TEA pode prejudicar diversas áreas do desenvolvimento e considerando a realização de diagnóstico diferencial e investigação de possíveis comorbidades.

Nesse cenário, os familiares e cuidadores devem estar atentos a possíveis atrasos e os profissionais que atuam junto a esse público necessitam estar preparados, possuir qualificação e experiência, para melhor atender os sujeitos e suas famílias. Uma vez que se preconiza o diagnóstico e intervenção precoces, considerando o melhor período de plasticidade cerebral, buscando melhor prognóstico e melhoria da qualidade de vida.

É por isso que a avaliação para identificação do TEA o mais precocemente possível é indispensável. E, nesse caso, as alterações linguístico-cognitivas são fatores centrais na caracterização do diagnóstico, vistas como os principais sinais de alerta, o que frequentemente motiva familiares e cuidadores a buscar por ajuda profissional.

Nesse contexto, o fonoaudiólogo ocupa um lugar de destaque, considerando que é o profissional responsável por avaliar, diagnosticar e intervir em casos de transtornos referentes à interação, linguagem e fala e, portanto, um componente indispensável nos quadros de TEA (BRITO; MISQUIATI; ARMONIA, 2013).

Nota-se que ao longo do percurso histórico houve modificações na terminologia e conceito do quadro, entretanto, atualmente a linguagem do sujeito com TEA a linguagem tem sido considerada como materialização da fala em que outras manifestações linguísticas são desconsideradas (DOS SANTOS, 2015; BARROS; VALE, 2020). Demonstra-se aqui a necessidade de desconstrução do discurso que nega a linguagem do sujeito autista, focando nas potencialidades e não apenas na “falta”.

Desse modo, destaca-se aqui a importância de conceber a linguagem em seu aspecto multimodal, que considera elementos para além da fala, sejam verbais ou não. Busca-se significar as diversas formas de expressão da linguagem e considerar as estratégias utilizadas pelos sujeitos na sua relação com o interlocutor. Nesse sentido, o olhar, o toque, o gesto, a vocalização, a estereotipia podem significar, desde que o interlocutor conceba o sujeito como falante e busque construir significados para as manifestações “não convencionais” do outro.

Os resultados da pesquisa realizada com os fonoaudiólogos sobre avaliação de linguagem por meio da aplicação de questionário, indicaram que uma parcela considerável dos participantes associaram a avaliação qualitativa/aberta a instrumentos normatizados (57,02%),

seguido por 21,49% que indicou realizar adições e modificações, e 14,05% que relatou não utilizar instrumentos e realizar avaliações exclusivamente abertas, e 7,49% que indicou respeitar as instruções dos instrumentos normatizados. Os resultados também apontaram que 85,95% dos profissionais que informaram utilizar instrumentos, foram elencados 33 ao todo. Sendo indicados por 87,5% dos participantes a utilização de dois a 10 instrumentos, 57,02% também indicou realizar avaliação qualitativa associada. Sugerindo uma dificuldade em abarcar todas as características do quadro em um único instrumento. Os testes mais citados foram PROC, ADL e ABFW. Entretanto, não são instrumentos voltados para avaliação de crianças com TEA e, portanto, possuem limitações e lacunas em sua aplicação nesse público.

Uma parcela dos participantes indicou a escassez de instrumentos na área da fonoaudiologia para avaliação de crianças com diagnóstico ou suspeita de TEA, gerando por vezes, insegurança e dificuldade no processo avaliativo como foi indicado por alguns fonoaudiólogos da pesquisa. O que possivelmente faz com que os profissionais realizem adaptações, adições, modificações, utilização de mais de um instrumento e associação da avaliação qualitativa, a fim de dar conta da complexidade da atuação junto a esse público. Ressalta-se também a importância de os profissionais buscarem conhecimento acerca do quadro e se capacitar. Para que assim, possam fazer uso de seus conhecimentos ao longo do processo avaliativo e, não se limitem a aplicação de instrumentos que não foram elaborados considerando o desenvolvimento “atípico” e, portanto, não abarcam características singulares da linguagem no TEA. Foi destacado por parte dos fonoaudiólogos, a busca por educação continuada, inclusive na área de TEA. O que é imprescindível para a atuação profissional, em qualquer área do conhecimento e pode contribuir na prática clínica.

Destaca-se também a importância do trabalho em equipe multidisciplinar, mediante realização de encaminhamentos, assim como, o recebimento destes por parte de outros profissionais. Isso demonstra a importância e crescente reconhecimento da área da fonoaudiologia. Soma-se a isso a família e escola, assim como uma avaliação que considere diferentes contextos sociais e educacionais da criança

Para finalizar, pontua-se, no presente trabalho, a necessidade do desenvolvimento de instrumentos voltados, especificamente, para avaliar a linguagem de crianças com suspeita de TEA. Instrumentos, os quais abarquem a linguagem de forma multimodal e considere o desenvolvimento atípico de sujeitos com TEA. Uma vez que se compreende que a identificação, a avaliação, o diagnóstico e a intervenção devem, necessariamente, ter uma visão que dê conta da complexidade da relação entre sujeito, linguagem, interação e sintoma. Considerando

características inerentes ao próprio quadro, que se distanciam do desenvolvimento dito como típico.

Além disso, para que se dê conta da demanda levantada pelos profissionais, além da construção de um instrumento, compreende-se ser fundamental que se fomente discussões, que estudos científicos sejam desenvolvidos, bem como, capacitações e cursos que envolvam esse tema na especialidade da fonoaudiologia, tendo em vista que o fonoaudiólogo é o profissional indicado para avaliação da linguagem. Esses profissionais fonoaudiólogos, no momento atual, estão enfrentando dificuldades para estabelecer um processo avaliativo mais direcionado e específico, que contemple todos os aspectos linguísticos envolvidos na avaliação desse público. Essa carência impacta diretamente a prática clínica e, conseqüentemente, nas condutas terapêuticas. É nesse sentido que este trabalho buscou contribuir para uma reflexão mais profunda sobre a linguagem e o TEA.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. T. M. DE C.; CAVALCANTE, M. C. B. A multimodalidade como via de análise: contribuições para pesquisas em aquisição de linguagem. **Letrônica**, v. 10, n. 10, p. 526–537, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323978085_A_multimodalidade_como_via_de_analise_contribuicoes_para_pesquisas_em_aquisicao_de_linguagem. Acesso em 05 abr. 2022.
- ALVIM, R.J. **Perfil epidemiológico do Transtorno do Espectro Autista na população pediátrica em um hospital terciário do estado do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47326>. Acesso em 05 abr. 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-I**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 1ed, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA (1968). **DSM-II**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 2ed. Washington: American Psychiatric Association, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **DSM-III**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **DSM-III-R**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV TR**. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ed. Lisboa: Climepsi; 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **DSM-IV**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) **DSM-5**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.
- AMORIM, A.B. Discursos de resistência na neurolinguística: aspectos epistemológicos e teórico-metodológicos. **Recorte**, v. 12, n. 1, pp. 1-26, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/recorte/article/view/2229>. Acesso em 06 mar. 2020.
- ANDRADE, C.R.; BEFI-LOPES, D.M.; FERNANDES, F.D.M; WERTZNER, H.F. **ABFW: Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática**. Carapicuíba: Pró-Fono, 2000.
- ANDRADE, C.R.F. et al. **ABFW**: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. São Paulo: Pró-Fono, 2004.
- AUTISM SPEAKS ORGANIZATION (ASO). **Top ten autism studies**, 2018. Disponível em: <https://www.autismspeaks.org/news/autism-speaks-names-top-ten-autism-studies-2018>. Acesso em: 30.10.2021.

ARANTES, L. Diagnóstico na clínica de linguagem: escuta e interpretação. **Linguística**, v. 35, n. 2, p. 39-48, 2019. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2079-312X2019000200039&script=sci_arttext#:~:text=Linha%20de%20reflex%C3%A3o%20que%20%C3%A9,cognitiva%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20a%20ela.. Acesso em 05 abr. 2022.

ARVIGO, M.C. SCHWARTZMMAN, J.S. Parece, Mas Não É Tea: Desafios Do Diagnóstico Diferencial Nos Transtornos Do Espectro Do Autismo. Cap. 2, p. 17-24. In: SERRA, T. **Autismo: Um Olhar 360**. Editora Literare Books Internacional, 2020.

ASPERGER, H. Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 117, n. 1, p. 76-136, 1944. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01837709>. Acesso em 06 mar. 2020.

ASSUMPÇÃO, J.R.F.B.; KUCZYNSKI, E.; REGO, M.G.; ROCCA, C.C. Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): Validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.57, n. 1, p. 23-29, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 mar. 2020.

AUTISM SPEAKS ORGANIZATION (ASO). **Top ten autism studies**, 2018. Disponível em: <https://www.autismspeaks.org/news/autism-speaks-names-top-ten-autism-studies-2018>. Acesso em: 30.10.2021.

AZEVEDO, L.J.C. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea. **CES Psicol**, Medellín, v.11, n.2, p. 1-12, 2018. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802018000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 fev. 2020.

BACKES, B.; ZANON, R.B.; BOSA, C.A. Características sintomatológicas de crianças com autismo e regressão da linguagem oral. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.33, e3343, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722017000100403&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 06 mar. 2020.

BAKHTIN, M.M. **Estética da criação verbal**. Tradução: Paulo Bezerra. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2015 [1979].

BAKHTIN, M.M. **Questões de literatura e estética: a teoria do romance**. Tradução de Aurora Fornoni Bernardini, et al. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2002 [1975].

BAKHTIN, M.; VOLOCHÍNOV, V. **Marxismo e filosofia da linguagem**. Tradução: Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira; colaboração de Lucia Teixeira Wisnik e Carlos Henrique D. Chagas Cruz. 16. ed. São Paulo: Hucitec, 2014 [1929].

BALLABRIGA, M.C.J.; ESCUDÉ, R.M.C.; LLABERIA, E.D. **Escala d'avaluació dels trests autistes (A.T.A.): validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas**. *Rev Psiquiatria Infanto-Juvenil* v.4, p. 254-263, 1994.

BARBOSA, R.S. et al. As possíveis consequências da exposição a agrotóxicos: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. 1-17, 2020. Disponível em:

<https://www.semanticscholar.org/paper/As-poss%C3%ADveis-consequ%C3%AAs-ancias-da-exposi%C3%A7%C3%A3o-a-uma-Barbosa-Souza/05e447d24c9c97d1627d792484eebad9123a5fb2>. Acesso em 05 abr. 2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições, 2011.

BARBOSA, P.A.; MADUREIRA, S. **Manual de fonética acústica experimental**. Aplicações a dados do português. São Paulo: Cortez Editora, 2015. Sociedade e Filosofia. Revista Ciência Psicológica, v.04, n.02, 2012.

BARON-COHEN, S.; STAUNTON, R. Do children with autism acquire the phonology of their peers? An examination of group identification through the window of bilingualism. **First language**, v. 14, n. 42-43, p. 241-248, 1994. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/254092477_Do_children_with_autism_acquire_the_phonology_of_their_peers_An_examination_of_group_identification_through_the_window_of_bilingualism#:~:text=Bilingualism%20was%20used%20as%20a,\(non%2DEnglish\)%20ac](https://www.researchgate.net/publication/254092477_Do_children_with_autism_acquire_the_phonology_of_their_peers_An_examination_of_group_identification_through_the_window_of_bilingualism#:~:text=Bilingualism%20was%20used%20as%20a,(non%2DEnglish)%20ac). Acesso em 05 abr. 2022.

BAPTISTA, T.R. Concepções teóricas e práticas clínicas fonoaudiológicas: o discurso do fonoaudiólogo. In: **Concepções teóricas e práticas clínicas fonoaudiológicas: o discurso do fonoaudiólogo**. p. 99, 2012.

BARREIRA, G.M.D. **Estudo da morfologia e da sintaxe da linguagem de indivíduos autistas de alto desempenho**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Departamento de Ensino. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8016>. Acesso em 05 abr. 2022.

BARROS, I.B.R.; VALE, L.G.A. Epistemologia Enunciativa Na Clínica Fonoaudiológica Do Autismo. **Fragmentum**, n. 56, p. 281–296, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/fragmentum/article/view/48270>. Acesso em 22 nov. 2021.

BARROS, I.B.R.; FONTE, R.F.L. Estereotípias motoras e linguagem: aspectos multimodais da negação no autismo. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 16, p. 745-763, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbla/a/9TbpRpGMG4sqDSSbFXDTKFF/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 dez. 2021.

BATISTA, C.A.M Deficiência, autismo e psicanálise. **A Peste**, v. 4, n. 2, p. 41-56, 2012.

BAYLEY N. **Bayley scales of infant development**. 3 ed. San Antonio: The Psychological Corporation, 2006.

BECKER, M.M. **Tradução e validação da entrevista Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) para diagnóstico de autismo no Brasil**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16449>. Acesso em 06 mar. 2020.

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico**. 2ed. São Paulo: Plexus, 2000.

BEFI-LOPES, D. M. Alterações no desenvolvimento da linguagem—princípios de avaliação, diagnóstico e intervenção. In: LIMONGI, S.C. **Fonoaudiologia Informação para a Formação: Procedimentos Terapêuticos em Linguagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 1-12, 2003.

BLEULER, E. **Dementia Praecox ou o grupo das esquizofrenias**. Lisboa: Edição portuguesa – Climepsi editores, 2005.

BEZERRA, R.F. **Memória declarativa e linguagem em crianças Asperger: um estudo do processamento de palavras morfológicamente derivadas em eiro/eira no português brasileiro**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Linguística. Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/19178?locale=pt_BR. Acesso em 22 fev. 2022.

BIGOLIN, R.B. **Poluentes ambientais e sua associação com o desenvolvimento do autismo**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais. Instituto de Ciências Biológicas. Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo, 2020. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/1924/2/2020RaquelBringmannBigolin.pdf>. Acesso em 22 fev.. 2022.

BISHOP, D.V. et.al. **Characteristics of the broader phenotype in autism: a study of siblings using the children's communication checklist-2**. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet., v.2, p.117-22, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16389586/>. Acesso em 11 dez. 2021.

BLOOM, L., What Is Language?. In: LAHEY, M. (Org). **Language Disorders and Language Development**. New York: Macmillan Publishing Company., p. 1-19, 1988.

BONUGLI, M. et al. Dificuldades Motoras Em Crianças Dos 4 Aos 12 Anos Com Perturbação Do Desenvolvimento Da Linguagem: Uma Revisão Da Literatura. In: MENDES, R.; SILVA, M.; SÁ, E. (Org.). **Estudos de Desenvolvimento Motor da Criança XIII**. Coimbra: Universidade de Coimbra, p.156-158, 2020. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/29364>. Acesso em 22 fev.. 2022.

BOREGO, M.C.M.; BEHLAU, M. Recursos de treinamento de voz e fala com e sem treinamento de voz. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 2, pág. 216-224, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/HhdZxzh74mjPsvK58wKsKjP/?lang=pt>. Acesso em 22 fev. 2022.

BORGONHONE, E.R.; MORAES, D.R. Transtorno de Espectro Autista (TEA) e as formas abarcadas pelo direito brasileiro. **Jures**, v. 11, n. 20, p. 1-32, 2018. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/juresvitoria/article/view/6295>. Acesso em 24 fev 2020.

BOSA, C. **Affect, social communication and selfstimulation in children with and without autism**: A systematic observation study of requesting behaviours and joint attention. Dissertação de Doutorado não-publicada. Institute of Psychiatry, Universidade de Londres. Londres, Inglaterra, 1998.

BRAGA, M.R.; ÁVILA, L.A. Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 884-889, 2004. Disponível em: [BRASIL. **Lei no 6.965, de 9 de dezembro de 1981**. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Brasília, 09 de dezembro de 1981; 160º da Independência e 93º da República. Disponível em: \[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm\]\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm\). Acesso em 04 mar. 2020.](https://www.scielo.br/j/rlae/a/TkjGZNNKpNZfrLxTghJgKLt/abstract/?lang=pt#:~:text=Detec%ci%C3%B3n%20de%20los%20trastornos%20invasivos%20en%20el%20ni%C3%B1o%3A%20perspectiva%20de%20madres&text=Os%20Transtornos%20Invasivos%20do%20Desenvolvimento,comunica%C3%A7%C3%A3o%20comportamento%20e%20rela%C3%A7%C3%A3o%20interpessoal. Acesso em 22 fev. 2022.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, 27 de dezembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em 06 mar. 2020.

BRASIL. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-vigilancia-epidemiologica-de-eventos-adversos-pos-vacinacao/>. Acesso em 06 mar. 2020.

BRITO; M.C.; MISQUIATI, A.R.; ARMONIA, A.C. **Avaliação E Terapia Da Linguagem Nos Transtornos Do Espectro Do Autismo**: Percurso E Resultados Em Diferentes Casos Clínicos. In: BRITO, M.C.; MISQUIATI, A.R. (Orgs). **Transtorno De Espectro Do Autismo**. 1ed. Curitiba. Editora CRV, 2013. cap 11, p. 141-155.

BRITO, M.C.; MISQUIATTI, A.R.N. (Org). **Transtornos do espectro do autismo e fonoaudiologia**: atualização multiprofissional em saúde e educação. 1ed. Curitiba: CRV; 2013, p. 23-33.

BRUNONI, D. Diagnóstico etiológico dos transtornos do espectro do autismo: quando e quais exames pedir?. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 4, p:132-141, 2014. Disponível em: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/diagnostico-etiolgico-dos-transtornos-do-espectro-do-autismo-quando-e-quais-exames-pedir-11185>. Acesso em 06 mar. 2020.

CAETANO, S.C.; LIMA-HERNANDEZ, M.C.; PAULA, F.V; RESENDE, B.D.; MÓDOLO, M. (Orgs). **Autismo, Linguagem e Cognição**. Paco Editorial, 2015.

CAMARGOS, W. Diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista. In.:

CAMPOS, L.K.; FERNANDES, F.D.M. Perfil escolar e as habilidades cognitivas e de linguagem de crianças e adolescentes do espectro do autismo. *CoDAS*, São Paulo, v.28, n.3, p. 234-243, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000300234&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 mar. 2020.

CAPOVILLA, F.C.; CAPOVILLA, A.G.S. Desenvolvimento linguístico na criança brasileira dos dois aos seis anos: Tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn e da Language Development Survey de Rescorla. **Ciência Cognitiva: Teoria, Pesquisa e Aplicação**. São Paulo, v.1, n.1, p. 353-80, 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/294688126_Desenvolvimento_linguistico_na_crianca_brasileira_dos_dois_aos_seis_anos_Traducao_e_standardizacao_do_Peabody_Picture_Vocabulary_Test_de_Dunn_Dunn_e_da_Language_Development_Survey_de_Rescorla. Acesso em 03 mar. 2020.

CARBONIERI, J.; LÚCIO, P.S.. Avaliação do vocabulário em crianças brasileiras: revisão sistemática de estudos com três instrumentos. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 32, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342498272_Avaliacao_do_vocabulario_em_crianças_brasileiras_revisao_sistemática_de_estudos_com_tres_instrumentos. Acesso em 22 mar. 2022.

CARLINO, F.C.; COSTA, M.P.R.; ABRAMIDES, D.V.M. Avaliação das habilidades pragmáticas e sociais em crianças com Distúrbio Específico de Linguagem. **Revista CEFAC**, v. 15, p. 341-347, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/szpd8kX3FHvx36Vv3vdz/?lang=pt>. Acesso em 11 dez. 2021.

CARNEIRO, L. T. Multimodalidade da linguagem constituindo gêneros do discurso Multimodality of language constituting speech genres. **Letras de Hoje**, v. 48, n. 1, p. 108–115, 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/11755>. Acesso em 22 nov. 2021.

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

CASELLA, E.B. Triagem E Intervenção Precoce.. In: MONTENEGRO, M.A. et.al. (Org). **Transtorno Do Espectro Autista – TEA**. Manual Prático De Diagnóstico e Tratamento. Editora Thieme Revinter, 2018. Cap. 5, p. 19-27.

CASTELA, C. A. **Representações sociais e atitudes face ao autismo**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve. Portugal, 2013. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/3538>. Acesso em 20 fev. 2020.

CASTELLANO, G.B et al. Escuta e Interpretação na Clínica Fonoaudiológica. In: **8º Congresso Internacional da ISAPL**. 2007.

CAPOVILLA, F.C.; CAPOVILLA, A.G.S. Desenvolvimento linguístico na criança brasileira dos dois aos seis anos: Tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn e da Language Development Survey de Rescorla. **Ciência Cognitiva: Teoria, Pesquisa e Aplicação**. São Paulo, v.1, n.1, p. 353-80, 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/294688126_Desenvolvimento_linguistico_na_crianca_brasileira_dos_dois_ao_sois_anos_Traducao_e_estandardizacao_do_Peabody_Picture_Vocabulary_Test_de_Dunn_Dunn_e_da_Language_Development_Survey_de_Rescorla. Acesso em 03 mar. 2020.

CAVALCANTE, Y.G.. **Estudo de caso sobre o desempenho linguístico em escolar com autismo**: habilidades semânticas. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Fonoaudiologia. Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/23721>. Acesso em 11 dez. 2021.

CARVALHO, F.A.; PAULA, C.S.; TEIXEIRA, M.C.T.V; ZAQUEU, L.C.C.; D'ANTINO, M.E.F. Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 15, n. 2, p. 144-154, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 06 mar. 2020.

CELERI, E.H.R.V. Diagnóstico. In: MONTENEGRO, M.A. et.al. (Org). **Transtorno Do Espectro Autista – TEA**. Manual Prático De Diagnóstico e Tratamento. Editora Thieme Revinter, 2018. Cap. 6, p. 27-37.

CELESTE, L.C et al. Mapeamento da Fonoaudiologia Educacional no Brasil: formação, trabalho e experiência profissional. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Autism Data Visualization Tool**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data/index.html#data> Acesso em: 30.10.2021

CERON, M.I. et. al. Evidências de validade e fidedignidade de um instrumento de avaliação fonológica. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n.3, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/codas/a/t5YKhM76x7jdThnTdfSTKkz/?lang=pt#:~:text=analisaram%20v%C3%A1rios%20instrumentos%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o,passado%20por%20estudos%20psicom%C3%A9tricos%20\(%2014](https://www.scielo.br/j/codas/a/t5YKhM76x7jdThnTdfSTKkz/?lang=pt#:~:text=analisaram%20v%C3%A1rios%20instrumentos%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o,passado%20por%20estudos%20psicom%C3%A9tricos%20(%2014). Acesso em 22 nov. 2021.

CHAER, G.; DINIZ, R.R.P.; RIBEIRO, E.A. A técnica do questionário na pesquisa educacional. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, 2012. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf. Acesso em 22 nov. 2021.

CHICON, J.F. et al. Brincando e aprendendo: aspectos relacionais da criança com autismo. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, p. 169-175, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbce/a/tLVB39V7NKctxQLC5Yv6Vjy/?lang=pt>. Acesso em 22 nov. 2021.

CHRISTENSEN, D.L.; BAIO, J.; BRAUN, K.V.N.; (Orgs.). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, Estados Unidos, 2014. **MMWR Surveill Summ**, v.63, n.2, p. 1–23, 2018. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/22182>. Acesso em 24 set. 2019.

CICUTI, T.F. **Comparação da compreensão de prosódia emocional entre pessoas com transtornos do espectro do autismo e pessoas com desenvolvimento típico**. Dissertação de Mestrado. Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/handle/10899/22713>. Acesso em 22 nov. 2021.

CLELAND, J; et.al. Phonetic and phonological errors in children with high functioning autism and Asperger syndrome. **International Journal of Speech-Language Pathology**, v. 12. p. 69–76, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20380251/>. Acesso em 22 nov. 2021.

COLKER, R. **Blaming Mothers: A Disability Perspective**. Boston University Law Review: Boston University, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282952533_Blaming_Mothers_A_Disability_Perspective. Acesso em 06 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. QUANTITATIVO DE FONOAUDIÓLOGOS NO BRASIL POR CONSELHO REGIONAL. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/fonoaudiologos/quantitativo-de-fonoaudiologos-no-brasil-por-conselho-regional/>. Acesso em 07 nov. 2021.

COUDRY, M.I.H; FREIRE, M.F.P. Pressupostos teórico-clínicos da Neolinguística Discursiva. In: COUDRY, M.I.H; FREIRE, M.F.P; ANDRADE, M.L.F.; SILVA, M.A. (Orgs.) **Caminhos da Neurolinguística Discursiva: teorização e práticas com a linguagem**. São Paulo: Mercado de Letras, v.1, p. 23-48, 2010.

COUDRY, M.I.H. Diário de Narciso e Neurolinguística Discursiva: 30 anos depois. **Cadernos De Estudos Linguísticos**, v. 60, n. 2, p. 323-350, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327353811_Diario_de_Narciso_e_Neurolinguistica_Discursiva_30_anos_depois. Acesso em 06 mar. 2020.

COSTA, R.; LOBO, M. Compreensão de construções passivas em crianças com perturbação do espectro do autismo. **Revista da Associação Portuguesa de Linguística**, n. 7, p. 121-136, 2020. Disponível em: <https://ojs.apl.pt/index.php/RAPL/article/view/93>. Acesso em 20 mar. 2022.

COSTA, V.B.S.; et al. Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro do teste Children's Communication Checklist-2. **CoDAS**, v.25, n.2, p.115-119, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/x9XhJsnYfvnmCbWHW35mFYd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 mar. 2022.

CORRÊA, L.S. Entrevista-Laboratório de Psicolinguística e Aquisição da Linguagem (LAPAL). **Soletras**, n. 33, p. 25-30, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/soletras/article/view/29673>. Acesso em 20 mar. 2022.

COUTINHO, J.V.S.C.; BOSSO, R.M.V. Autismo e genética: uma revisão de literatura. **Revista Científica do ITPAC**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_4.pdf. Acesso em 24 set. 2019

CUCOLICCHIO, S.; et al. Correlação entre as escalas CARS e ATA no diagnóstico de Autismo. **Med. reabil**, v. 19, n. 1, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-555295>. Acesso em 20 mar. 2022.

DE ALMEIDA SANTOS, P. et al. O impacto da implementação do Picture Exchange Communication System-PECS na compreensão de instruções em crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 33, n.2, p. 1-5, 2021. Disponível em: <https://www.codas.org.br/article/doi/10.1590/2317-1782/20202020041#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20Foi%20poss%C3%ADvel%20observar%20o,melhora%20significativa%20na%20compreens%C3%A3o%20das>. Acesso em 20 mar. 2022.

DE ARAÚJO GONÇALVES, L.A.; DE ALMEIDA BARONAS, J.E. Concepções de linguagem: gramática de língua portuguesa e ensino de língua materna. **Entretextos**, v. 13, n. 2, p. 243-265, 2015. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/entretextos/article/view/16191/0>. Acesso em 20 mar. 2022.

DE ARAÚJO VILHENA, D. et al. Avaliação interdisciplinar do transtorno do espectro do autismo e comorbidades: Caso de um diagnóstico tardio. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 15, n. 1, 2015. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/Cadernosdeposgraduacaoemdisturbiosdodesenvolvimento/2015/vol15/no1/7.pdf>. Acesso em 18 mar. 2022.

DE CASTILHO, M.C. et. al. Efeitos Da Hipoterapia No Desenvolvimento Psicomotor Da Criança Autista: Relato De Caso. **Colloquium Vitae**. São Paulo, v.10, n.1, p. 68-73. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1564>. Acesso em 03 mar. 2020.

DE LEMOS, C.T.G. A criança e o linguista: modos de habitar a língua?. **Estudos Linguísticos (São Paulo. 1978)**, v. 43, n. 2, p. 954-964, 2014.

DELGADO, C.; MUNDY, P.; BLOCK, J. **Pictorial Infant Communication Scales (Pics): version 1.3**. Miami: University of Miami, 2001.

DE MACEDO, E.C.; FIRMO, L.S.; DUDUCHI, M.; CAPOVILLA, F.C. Avaliando linguagem receptiva via Teste Token: Versão tradicional versus computadorizada. **Aval. psicol.** Porto Alegre, v.6, n.1, p. 61-68, 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712007000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 mar. 2020.

DE MENDONÇA OLIVEIRA, A.F.T.; DA COSTA, M.L.G.; DA SILVA, K.C. Contribuições para se compreender a linguagem das pessoas com transtorno do Espectro do Autismo (TEA): uma análise da autobiografia de Nicolas Brito. **Revista Educação Especial em Debate**, v. 4, n. 7, p. 40-58, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/reed/article/view/26518#:~:text=Este%20artigo%20deriva%20de%2>

Opesquisa,an%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo%2C%20de%20Bardin.. Acesso em 22 mar. 2022.

DE MORAES, F.A. **Análise do comportamento aplicada (ABA) ao Transtorno do Espectro Autista:** Treino de habilidades sociais e Tratamento precoce em crianças. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Anhanguera). Graduação em Psicologia. Sorocaba, 2021.

DE PAIVA AZEVEDO, M.M; NICOLAU, Roseane Freitas. Autismo: um modo de apresentação do sujeito na estrutura de linguagem. **Estilos da Clínica**, v. 22, n. 1, p. 12-28, 2017.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO. **Transtorno do Espectro do Autismo**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO - Transtorno do Espectro do Autismo.pdf. Acesso em 06 mar. 2020.

DE QUADROS, R.M.; FINGER, I. **Teorias de aquisição da linguagem**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008.

DE SÁ ANDRADE, C.K; DOS SANTOS ALVES, G.A. EXECUÇÃO DOS GESTOS EMBLEMÁTICOS NA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EXECUTION OF EMBLEMATIC GESTURES IN THE CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER. **Revista ProLíngua–ISSN**, v. 1983, n. 9979, p. 239.

DESARKAR, P. et al. Avaliando e estabilizando a neuroplasticidade aberrante no transtorno do espectro do autismo: o papel potencial da estimulação magnética transcraniana. **Fronteiras em psiquiatria** , v. 6, p. 124, 2015.

DE SOUZA, A.P.R. et.al. Linguagem, cognição e psiquismo: análise do brincar de dois bebês com histórico de sofrimento psíquico. **Estilos Da Clínica**, v.24, n.1, p. 84-97. 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/147313>. Acesso em 10 mar. 2020.

DE SOUZA UEMA, J.T.; TODA, A.M.; ISOTANI, S.. **A aprendizagem da rotina escolar de estudantes com autismo com a possibilidade de utilização de um jogo sério por professores e fonoaudiólogos**. Anais dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Pós-Graduação em Computação Aplicada à Educação. Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação. Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 1, 2020. Disponível em: https://especializacao.icmc.usp.br/documentos/tcc/joseane_uma.pdf. Acesso em 20 mar. 2022.

DE SOUZA VILELA, J. **Como a medicalização comparece no campo da educação dos sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, Online, 2016. Disponível em: https://sites.usp.br/orientacaoaqueixaescolar/wp-content/uploads/sites/462/Trabalhos_Finais/medicaliza%C3%A7%C3%A3o/TF-Juliana-de-Souza-Vilela.pdf. Acesso em 20 mar. 2022.

DESTRO, MRP. **Educação continuada:** visão histórica e tentativa de contextualização. Cad Cedes Educ Continuada. 1995.

DIAS, S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v.18, n.2, p. 307-313, 2015.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142015000200307&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 set. 2019.

DIAS, G.B.; PEDROSO, J.S.; DOS SANTOS, A.C.S.L. Avaliação de Desenvolvimento de Bebês em Acolhimento Institucional com “Ages and Stages Questionnaires”. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 23, n.2, p: 1-7, 2015. Disponível em:
<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6655/5274>. Acesso em 04 mar. 2020.

DO CARMO OLIVEIRA, G. **Relações entre a Educação Musical Especial e o desenvolvimento da comunicação social em crianças autistas**. Programa de Pós-Graduação em Música. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2020. Disponível em:
<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/34569>. Acesso em 20 mar. 2022.

DOS SANTOS JUNIOR, A. Epidemiologia. In: MONTENEGRO, M.A. et.al. (Org). **Transtorno Do Espectro Autista – TEA**. Manual Prático De Diagnóstico e Tratamento. Editora Thieme Revinter, Cap. 2, p. 5-10, 2018.

DOS SANTOS, K.L. **Linguagem de sujeitos com transtornos do espectro do autismo: processos de interpretação e significação**. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista De Piracicaba. Faculdade De Educação. Programa De Pós-Graduação. São Paulo, 2015. Disponível em:
https://ieapp.unimep.br/biblioteca_digital/pdfs/docs/14082015_171439_kizzilecydossantos_ok.pdf. Acesso em 18 mar. 2022.

DURRLEMAN, S. et.al.. Complex syntax in autism spectrum disorders: a study of relative clauses. **International Journal of Language & Communication Disorders**. v. 50, n 2, p. 260-267, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25244532/>. Acesso em 20 mar. 2022.

EIGSTI, I. et al. Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 5, n. 2, p. 681-691, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1750946710001327>. Acesso em 11 dez. 2021.

ENDRES, R.G. et al. O Fenótipo Ampliado do Autismo em genitores de crianças com Transtorno do Espectro Autista-TEA. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, p. 285-292, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ptp/a/jgK5KfHzkYTDsYVjM5zSjv/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 dez. 2021.

EVANGELISTA, V.N. **Transtorno do espectro autista e a fonoaudiologia na rede de atenção psicossocial**. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Fonoaudiologia. Universidade Federal da Bahia. Bahia, 2018. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/26362>. Acesso em 11 dez. 2021.

FABRE, B.D.; LÚCIO, P.S. Desempenho em planejamento, flexibilidade e controle inibitório em crianças com e sem TEA: Efeitos dos sintomas comórbidos de atenção e hiperatividade.

Interação em Psicologia, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/70714>. Acesso em 04 jan. 2021.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em 04 jan. 2022.

FÉLIX, A.M.P. **Estereotípias motoras: sintoma ou linguagem?** Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências da Linguagem. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2021. Disponível em:
<http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/1308#:~:text=Em%20quase%20sua%20totalidade%20C%20os,com%20poucas%20alus%C3%B5es%20%C3%A0%20linguagem..> Acesso em 20 mar. 2022.

FERNANDES FDM. **Autismo Infantil - Repensando o enfoque fonoaudiológico - aspectos funcionais da comunicação.** São Paulo: Ed. Lovise; 1996.

FERNANDES, F.D.M.; MIILHER, L.P. Relações entre a Autistic Behavior Checklist (ABC) e o perfil funcional da comunicação no espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 2, p. 111-116, 2008. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pfono/a/rSzHhLWXVbrpsj5N6LqLsrM/?lang=pt>. Acesso em 20 mar. 2022.

FERNANDES, F.D.M. Protocolo de avaliação de habilidades pragmáticas de crianças com transtornos do espectro do autismo. **Audiology-Communication Research**, v. 26, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/acr/a/CbWwThskRcK65WSdbRF55JB/#:~:text=O%20Protocolo%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de,comunica%C3%A7%C3%A3o%3B%20meios%20comunicativos%20utilizados%3B%20diversidade.> Acesso em 20 mar. 2022.

FERREIRA, E.C.V. **Prevalência de autismo em Santa Catarina: uma visão epidemiológica contribuindo para a inclusão social.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis-SC, 2008. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92166>. Acesso em 06 mar. 2020.

FERREIRA, A.T. **Vocabulário receptivo e expressivo de crianças com síndrome de Down.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo – USP. Bauru-SP, 2010. Disponível em:
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-01062011-085159/pt-br.php>. Acesso em 03 mar. 2020.

FLOSI, L.; FEDOSSE, E. Interfaces da Neurolinguística Discursiva com a Fonoaudiologia. Caminhos da Neurolinguística Discursiva: teorização e práticas com a linguagem. In: COUDRY, M. I. H.; FREIRE, F. M. P.; ANDRADE, M. L. F.; SILVA, M. A. (Orgs.). **Caminhos da Neurolinguística Discursiva: teorização e práticas com a linguagem.** Campinas, SP: Mercado de Letras, 2010. Cap. 4, p. 93-120.

FONTANARI, J.L. O Token Test: elegância e concisão na avaliação da compreensão do afásico. Validação da versão reduzida de De Renzi para o português. **Neurobiologia**, v. 52, n. 3, pp: 177-218, 1989. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=76981&indexSearch=ID>. Acesso em 03 mar. 2020.

FORTUNATO, A.R.J. **A importância do método TEACCH na inclusão de uma criança autista: estudo de caso**. Dissertação de Mestrado. Educação Pré-Escolar. Escola Superior de Educação e Comunicação. Universidade do Algarve. Portugal, 2015 Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/7874>. Acesso em 20 mar. 2022.

FRANKENBERG, W. K., DODDS, J., ARCHER, P., SHAPIRO, H., & BRESNICK, B. **Denver II Screening Manual**. Denver: Denver Development Materials Inc, 1990.

FREITAS, N. K. Desenvolvimento humano, organização funcional do cérebro e aprendizagem no pensamento de Luria e Vygotsky. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v.9, p. 91-96, 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 de mar. 2020.

FREITAS, M.C.A.; MOREIRA, A.L. Pedagogia Em Espaços Não Escolares E Suas Principais Funções. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Pedagogia. Universidade Evangélica de Goiás. Anápolis – GO, 2018. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/1459>. Acesso em 02 jan. 2021.

FREIRE, Regina. **A linguagem com processo terapêutico**. São Paulo, Plexos: 1997.

FRITH, U.; COHEN, B. Pais Racionais. Crianças Autistas. 2013. Disponível em: http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_teor_da_mente.html. Acessado em: 14 de jan. 2020.

FRIZELLE, P.; et.al.. Avaliando a compreensão de orações relativas: Uma comparação de compreensão de múltipla escolha versus repetição de frases. **Revista da Linguagem Infantil**, v. 44, n. 6, p. 1435-1457, 2017.

FRIZZARINI, T.; CARGNIN, C. O processo de inclusão e o autismo temático institucional. **Educação Matemática Pesquisa: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação Matemática**, v. 21, n. 5, 2019.

FUGIWARA, R.; NOVAES-PINTO, R. Avaliação de compreensão nas afasias: o limite dos instrumentos metalinguísticos e a contribuição das análises discursivas. **Estudos Linguísticos**, v. 42, n. 2, p. 903–915, 2013. Disponível em: http://www.gel.hospedagemdesites.ws/estudoslinguisticos/volumes/42/e142_v2_maio-ago_t26.pdf. Acesso em 04 abr. 2022.

FUZA, A.F.; MENEGASSI, R.J. Características e exemplos de responsividade na Prova Brasil. **Revista Pitágoras**, v. 2, n. 02, 2011. Disponível em: http://www.escreta.uem.br/adm/arquivos/artigos/publicacoes/leitura_e_ensino/ARTIGO_CIE_LLI_2010.pdf. Acesso em 15 mar. 2022.

GAIATO, M. **SOS Autismo: Guia completo para entender o transtorno do espectro autista.** Editora nVersos, 2018.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, L. et.al.. La evidencia acerca de la controversia de las vacunas que contienen timerosal y su asociación con el autismo. **Rev Peru Med Exp Salud Publica.** Lima, v.30, n.2, pp: 268-74, 2013. Disponível em: <https://rpmpesp.ins.gob.pe/index.php/rpmpesp/article/view/203/204>. Acesso em 05 mar. 2020.

GARCIA, S.C.M.; DO NASCIMENTO, M.A.; PEREIRA, M. Autismo infantil: acolhimento e tratamento pelo sistema único de saúde. **Revista Valore**, v. 2, n. 1, p. 155-167, 2017. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/35>. Acesso em: 04 jan. 2022.

GAUDERER, E.C **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais.** Monografia. Ministério do Bem-Estar Social. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Brasília, 1993.

GEREMIAS, A.O.; ABREU, M.A.B.; ROMANO, L.H. Autismo e Neurônio-Espelho. **Revista Saúde em Foco**, v. 9, n. 1, pp. 171-176, 2017. Disponível em: <https://docplayer.com.br/51467092-Autismo-e-neuronio-espelho-geremias-ariel-oliveira1-abreu-margarete-aparecida-broleze1-romano-luis-henrique2.html>. Acesso em 04 mar. 2020.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. Métodos de pesquisa. Plageder, 2009.

GIACOMO, A. et.al., Imitation and communication skills development in children with pervasive developmental disorders. **Neuropsych Dis Treat.**v.5, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706567/>. Acesso em 15 mar. 2022.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D.M.. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 3, p. 207-210, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pfono/a/tCTBWsnGJcSJBxLRfxXj3Xf/?lang=pt>. Acesso em 19 mar. 2022.

GOLENDZINER, S. **Caracterização do vocabulário expressivo em crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/URGS_849c027e7bb24035ee4537cae1ade56f#:~:text=O%20vocabul%C3%A1rio%20expressivo%20%C3%A9%20um,conhecimento%20e%20descri%C3%A7%C3%A3o%20podem...&text=Resumo%20Portugu%C3%AAs%3A,caracter%C3%ADsticas%20mais%20importantes%20do%20transtorno.. Acesso em 15 fev. 2022.

GONÇALVES, Amanda Pilosio et al. Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura. **Tempo psicanalítico**, v. 49, n. 2, p. 152-181, 2017.

GONÇALVES, T.M.; PEDRUZZI, C. M. Levantamento de protocolos e métodos diagnósticos do transtorno autista aplicáveis na clínica fonoaudiológica: uma revisão de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.15, n.4, p. 1011-1018, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000400031&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de mar. 2020.

GOTHAM, K.; PICKLES, A.; LORD, C. Standardizing ADOS scores for a measure of severity in autism spectrum disorders. **J Autism Dev Disord.**, v39, n5, p.693-705, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19082876>. Acesso em 01 mar. 2020.

GRIESI-OLIVEIRA, K.; SERTIÉ, A.L. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.15, n.2, p. 233-238, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000200233&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 mar. 2020.

GRUPO DE ESTUDOS DOS GÊNEROS DO DISCURSO (GEGe). **Palavras e contrapalavras**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2009.

GUARINELLO, A.C.; MASSI, G.; BERBERIAN, A.P. A clínica fonoaudiológica e a linguagem escrita: estudo de caso. **Revista CEFAC**, v. 10, p. 38-44, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/ZdZ8xNhBj6xXGmF8WYSSjTC/?lang=pt>. Acesso em 18 mar. 2022.

GURGEL, L.G et al. Instrumentos de avaliação da compreensão de linguagem oral em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2010.

HAGE, S.R.V.; PEREIRA, T.C.; ZORZI, J.L. Protocolo de Observação comportamental-PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 4, p. 677-690, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Sp83Rb7WDg7K4t7BQZnFXpM/?lang=pt>. Acesso em 16 mar. 2022.

HALEY, S.M.; ANDRELLOS, P.J.; COSTER, W; HALTIWANGER, J.T; LUDLOW, L.H. **Pediatric evaluation of disability inventory (PEDI): development, standardization and administration manual**. version 1.0. Boston: PEDI Research Group. New England Medical Center Inc, 1992.

HARGROVE, P.; SHERAN, C. The use of stress by language-impaired children. **Journal of Communication Disorders**. V.22, n. 5, p. 361–373, 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2600198/>. Acesso em 16 mar. 2022.

HERNÁNDEZ-FLÓREZ, C.E.; CONTRERAS-GARCÍA, G.A. Síndrome de Rett: revisión de la literatura con primeros casos reportados en Colombia con caracterización clínica y molecular. **Acta Neurol Colomb., Bogotá**, v.34, n.1, p. 2-15, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482018000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 fev. 2020.

INDEXMUNDI. EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, TOTAL (ANO). Disponível em: <https://www.indexmundi.com/facts/indicators/SP.DYN.LE00.IN>. Acesso em 16 mar. 2022.

INDEXMUNDI. POPULAÇÃO: TAXA DE NASCIMENTOS. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=25&r=xx&l=pt>. Acesso em 16 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). TÁBUS COMPLETAS DE MORTALIDADE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>. Acesso em 16 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). PROJEÇÃO POPULAÇÃO DO BRASIL E DAS UNIDADES DE FEDERAÇÃO. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em 16 mar. 2022.

ISHIHARA, M.K.; TAMANAHA, A.C.; PERISSINOTO, J. Compreensão de ambiguidade em crianças com Transtorno Específico de Linguagem e Fala e Transtorno do Espectro Autista. **CoDAS**. São Paulo, v. 28, n.6, p. 753-757, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000600753&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de mar. 2020.

JAKOBSON, R. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Editora Cultrix, 1973.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise do autismo**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1984.

JÚNIOR F. B. A; ADAMO S. Percepção Olfativa e Autismo Infantil em Assumpção Júnior F. B. e Kuczynski E. em *Autismo Infantil*.p.140,146, 2015.

JUNIOR, A.S. EPIDEMIOLOGIA. In: MONTENEGRO, M.A. et.al. (Org). **Transtorno Do Espectro Autista – TEA**. Manual Prático De Diagnóstico e Tratamento. Editora Thieme Revinter, 2018. Cap. 2, p. 5-11.

JUNQUEIRA, P. et al. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. **Revista CEFAC**, v. 17, p. 1004-1011, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/dQHckrMZMDLmbshBR99Qmvk/abstract/?lang=pt..> Acesso em 22 de mar. 2022.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child**, v. 2, n. 3, pp. 217-250, 1943. Disponível em: http://mail.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf. Acesso em 07 mar. 2020.

KIM, Y.G. Direct and mediated effects of language and cognitive skills on comprehension of oral narrative texts (listening comprehension) for children.. **Journal of Experimental Child Psychology**, v. 141, p.101–120, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26342474/>. Acesso em 15 mar. 2022.

KLEIMAN, A. B. O estatuto disciplinar da Linguística Aplicada: o traçado de um percurso, um rumo para o debate. In: SIGNORINI, I. (Org.). **Linguística Aplicada e transdisciplinaridade: questões e perspectivas**. Campinas: Mercado das Letras, 1998, p. 47–70.

KLIN, A. Autism and Asperger syndrome: an overview. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s3-s11, 2006.

KLINGER, E.F.; SOUZA, A.P.R. Análise clínica do brincar de crianças do espectro autista. **Dist. Comum**. São Paulo, v. 27, n. 1, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/17872/16323>. Acesso em: 03 fev. 2020.

KOLLING, A.; PEZZI, F.A.S. A Equoterapia no Tratamento de Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Revista Psicologia & Saberes**, v. 9, n. 14, p. 88-102, 2020. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1122>. Acesso em 22 fev 2022.

KRUG, D.A, ARICK, J; ALMOND, P. Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. **J Child Psychol Psychiatry**. v.21, n.3, p. 221-9, 1980. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.1980.tb01797.x>. Acesso em 04 fev. 2020.

KUPFER, M.C.M.; BERNARDINO, L.M.F. IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à polis. **Estilos da clínica**, v. 23, n. 1, p. 62-82, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-71282018000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 jan. 2022.

KUPFER, M.C.M. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v.13, n.1, p. 31-52, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de mar. 2020

KUPFER M. C. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. **Estilos da Clínica**, v. 4, n. 7, p. 96-107, 1999.

LACAN, J (1964). O seminário, Livro XI, **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

LAUREANO, C.J.B. **Recomendações projetuais para ambientes com atendimento de terapia sensorial direcionados a crianças com autismo**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180532>. Acesso em 22 mar. 2022.

LEON, V.; BOSA, C.; HUGO, C.; HUTZ, C.S. Propriedades psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R. **Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 39-52, 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 mar. 2020.

LEONTIEV. A.N. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004.

LIMA, A.M.; CONSTANTINI, A.C. Prosódia e fonoaudiologia: do fonoestilo ao transtorno da linguagem.. In: FREITAG, R.M.K.; LUCENTE, L. **Prosódia da Fala**. Editora BLUCHER, E., 2017. p. 133-144. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/8-20508>. Acesso em 22 jan. 2022.

LIN, J. et al. A importância da investigação genética em casos de transtornos do espectro do autismo: relato de Síndrome de Phelan-Mcdermid. **RELATOS DE CASOS**, v. 64, n. 1, p. 96-100, 2020.

LÔBO, S.M.C; PITTA, A.M.F. O Autismo No Caminho Da Patologização E Medicalização: Efeitos Da Lei 13.438, De 26 De Abril De 2017. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 246, p. 83-91, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334111975_O_AUTISMO_NO_CAMINHO_DA_PATOLOGIZACAO_E_MEDICALIZACAO_EFEITOS_DA_LEI_13438_DE_26_DE_ABRIL_DE_2017. Acesso em 15 mar. 2022.

LOPES, L.W.; LIMA, I.L.B. Prosódia e transtornos da linguagem: levantamento das publicações em periódicos indexados entre 1979 e 2009. **Revista Cefac**, v. 16, n.2, p. 651-659, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/DrzTQScsFMFpWrwZfL8Kncn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 22 jan. 2022.

LOSAPIO, M.F.; PONDE, M.P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre, v.30, n.3, p. 221-229, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 mar. de 2020.

LURIA, A. R. **Curso de Psicologia geral**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1991.

MACEDO, E. C. de; MECCA, T. P.; VALENTINI, F.; LAROS, J. A.; LIMA, R. M. F.; SCHWARTZMAN, J. S. Utilizando o teste não verbal de inteligência SON-R 2 ½ - 7 [a] para avaliar crianças com Transtornos do Espectro do Autismo. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 47, p. 603–618, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/9779>. Acesso em: 1 jan. 2022.

MAENNER, M.J.; et al. Prevalência de Transtorno do Espectro do Autismo entre Crianças de 8 anos - Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo, 11 Sites, Estados Unidos, 2016. **MMWR Surveill Summ**, v.69, p.1-12, 2020.

MACHADO, G.D.S. A Importância Da Rotina Para Crianças Autistas Na Educação Básica. **Revista GepesVida**, v. 5, n. 10, 2019. Disponível em: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/337>. Acesso em 15 jan, 2020.

MAGALHÃES, C. M. et al. Comorbidades em escolares com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Dissertação de Mestrado. Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/4577>. Acesso em: 04 jan. 2021.

MALAGONI, G.; CLARA LUZ, A. Dificuldades No Diagnóstico De Autismo Em Meninas. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 1, 2021. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/362>. Acesso em: 4 jan. 2022.

MANSUR, L.L.; RADANOVIC, M. **Neurolinguística: princípios para a prática clínica**. São Paulo: Edições inteligentes, 2004.

MARANHÃO, S.S.A.; PIRES, I.A.H. Funções executivas e habilidades sociais no espectro autista: um estudo multicaseos. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 1, 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000100011. Acesso em 16 mar. 2022.

MARCONDES, D. Desenvolvimentos recentes na teoria dos atos de fala. **O que nos faz pensar**, v. 13, n. 17, p. 25-39, 2003. Disponível em: <http://www.oquenofazpensar.fil.puc-rio.br/index.php/oqfnfp/article/view/179>. Acesso em 15 mar. 2022.

MARCONI, M.A. LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2001.

MARCONI, M.A. LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARFINATI, A.C.; ABRÃO, J.L.F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v.19, n.2, p.244-262, 2014. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000200002. Acesso em 05 fev. 2020.

MARIOTTO, R.M.M.; PESARO, M.E. O roteiro IRDI. **Estilos da Clínica**, v. 23, n. 1, p. 99-113, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/144616>. Acesso em 07 mar.2020.

MARTELETO, M.R.F.; PEDROMONICO, M.R.M. Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.27, n.4, p.295-301, 2005.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de mar. 2020.

MARQUES, D.F.; BOSA, C.A. Protocolo de avaliação de crianças com autismo: evidências de validade critério. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v.31, n.1, p.43-51, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000100043&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 mar.2020.

MARTELETO, M.R.F.; PEDROMONICO, M.R.M. Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.27, n.4, p.295-301, 2005.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de mar. 2020.

MARTINS, C.T. Sobre a Relação Forma e Sentido na Intervenção Fonoaudiológica. SIC - XXXII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS. Porto Alegre, 2020. Disponível em:

https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/227324/Resumo_69929.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 04 jan. 2021.

MARTÍN-BORREGUERO, P. Perfil lingüístico del individuo con síndrome de Asperger: implicaciones para la investigación y la práctica clínica. **Revista de neurología**, v. 41, n. 1, p.

115-122, 2005. Disponível em: <https://www.neurologia.com/articulo/2005386>. Acesso em 16 mar. 2022.

MASINI, M. L. **Em Busca da Linguagem na Avaliação de Linguagem**. Dissertação de Mestrado. Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP. 1989.

MCCANN, J.; PEPPÉ, S. Prosody in autism spectrum disorders: a critical review. **Int J Lang Commun Disord**, v.38, n.4, p.325-50, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14578051/#:~:text=Main%20contribution%3A%20It%20is%20shown,for%20areas%20of%20future%20research..> Acesso em 23 mar. 2022.

MEDEIROS, E.M. Tratamento, intervenção e educação para pessoas com o Transtorno do Espectro Autista. Projeto de Pesquisa do curso de Psicologia. Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Palmas (TO), 2016.

MELO, M.M. et al. Atendimento multidisciplinar para a educação especial e inclusiva de uma criança com transtorno do espectro autista: um estudo de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 25, p. 589, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/589>. Acesso em 15 mar. 2022.

MENÉNDEZ, R.. **Autismo**: uma questão de ciência ou de ideologia?. Estudos de Psicanálise, 38, 115-124. 2012.

MENEZES, M.L.N. **A construção de um instrumento para avaliação do desenvolvimento da linguagem**: idealização, estudo piloto para padronização e validação. Tese de Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3380>. Acesso em 05 jan. 2020.

MICCAS, C; VITAL, A.A.F.; D'ANTINO, M.E.F. Avaliação de funcionalidade em atividades e participação de alunos com transtornos do espectro do autismo. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 31, n. 94, p. 3-10, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 abr. 2022.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIYAKE, A.; et.al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. **Cogn Psychol**, v. 41, n. 1, p. 49-100, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10945922>. Acesso em 05 fev. 2020.

MONTES, A.L.B; DE LACERDA, C.B.F. Déficit ou diferença? Um estudo sobre o autismo em pesquisas educacionais. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 1-22, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337268580_Deficit_ou_diferenca_Um_estudo_sobre_o_autismo_em_pesquisas_educacionais. Acesso em 18 mar. 2022.

MONTENEGRO, M. N. **Avaliação e estudo dos comportamentos de orientação social e a atenção compartilhada nos transtornos invasivos do desenvolvimento**. Dissertação de

mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/1668>. Acesso em 07 mar.2020.

MONTICELLI, G.S. **O brincar e a aquisição de linguagem de crianças com autismo:** possibilidades do processo terapêutico-fonoaudiológico. Tese de Doutorado em Medicina. Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2015.

MORATO, E.M. et al. Neurolinguística. In: **Introdução à linguística: domínios e fronteiras**. Vol.3, 2009.

MORATO, E. M. O interacionismo no campo linguístico. In: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (Org.). **Introdução à linguística: domínios e fronteiras**. Vol. 3. São Paulo: Cortez, 2004.

MORATO, E.M. Vigotski e a perspectiva enunciativa da relação entre linguagem, cognição e mundo social. **Educação & Sociedade**, v. 21, n. 71, p. 149-165, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v21n71/a07v2171.pdf>. Acesso em 07 mar. 2020.

MOREIRA, L. et.al. Estudo Normativo do Token Test versão reduzida: dados preliminares para uma população de idosos brasileiros. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v.38, n.3, p. 97-101, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000300003. Acesso em 04 jan. 2020.

MOURA, J.P.S., et al. **Atendimento especializado a alunos com transtornos do espectro do autismo:** desafios na realização da avaliação pedagógica no município de Barra Mansa/RJ. 2014.

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. Controle e TESTE medicalização da infância. **Desidades**, Rio de Janeiro, v.1, p. 11-21, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 fev. 2020.

MUNIZ, S.M.et al. A psicopedagogia como fator de influência na inclusão e na avaliação da aprendizagem de crianças com transtorno do espectro do autismo. In: Congresso Internacional Em Avaliação Educacional Avaliação E Seus Espaços: Desafios E Reflexões, 7., Fortaleza, 9-11 nov. 2016. Anais... Fortaleza: UFC, 2017. p. 1571-1588. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/36153>. Acesso em 04 jan. 2021.

MUSZKAT, M.; MELLO, C.B. Neurodesenvolvimento e linguagem. **Temas em dislexia**, p. 1-15, 2009. Disponível em: https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01xzc.pdf. Acesso em 16 mar. 2022.

NASCIMENTO, G.A; DE SOUZA, S.F. A inclusão de alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA): possibilidades de intervenção psicopedagógica através da Análise do Comportamento Aplicada. **Paidéia**, 2018.

NAVARRO, P.R. Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia com crianças autistas: uma reinterpretação a partir da Neurolinguística Discursiva. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, v. 60, n. 2, p. 489-506, 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/327355799_Fonoaudiologia_no_contexto_da_Equot_erapia_com_crianças_autistas_uma_reinterpretacao_a_partir_da_Neurolinguistica_Discursiva. Acesso em 15 jan. 2022.

NETO, J.F.L. Considerações preliminares sobre o ensino da natação para autistas. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 60, p. 167-179, 2018.

NEUMANN, D.M.C. et al. Avaliação neuropsicológica do transtorno do espectro autista. **Psicologia. Pt.** 2017. Online, 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1087.pdf>. Acesso em 04 jan. 2021.

NEVES, M.H.M. **A gramática Funcional**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

NEVES, M.H.M. Uma visão geral da gramática funcional. **ALFA: Revista de Linguística**, São Paulo, v. 38, 2001. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/alfa/article/view/3959>. Acesso em: 1 jan. 2022.

NOGUEIRA, R.N. et al. Visita domiciliar a um portador de transtorno do espectro autista via integração ensino-serviço-comunidade na atenção primária a saúde: estudo de caso. **Rev. Saúde. Com**, v. 14, n. 2, p. 1179-1185, 2018.

NOVAES-PINTO, R.C. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: inferências a partir do estudo das afasias. **Letras de Hoje**, v. 47, n. 1, p. 55-64, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/9858>. Acesso em 15 fev. 2020.

OLIVEIRA, B.D.C. et.al.. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação1. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 27, p. 707-726, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300707&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 jan. 2020.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à Distância como estratégia para a Educação Permanente em Saúde: possibilidades e desafios. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.5, p.585-589, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ttr3sW4t3mwQvDTtC4W6Xyf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. São Paulo, 10.ed, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Especialistas da ONU em direitos humanos pedem fim da discriminação contra pessoas com autismo**. 2015. [On-line]. Disponível em: <https://www.nacoesunidas.org/especialistas-em-direitoshumanos-da-onu-pedem-fim-da-discriminacao-contra-pessoas-com-autismo/>. Acesso em: 20 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>. Acesso em 13 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual de classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbitos**. 9ª revisão, 1975. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1978.

ORRÚ, S.E. **Aprendizes com autismo**: Aprendizagem por eixos de interesse em espaços excludentes. São Paulo: Editora Vozes, 2018.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 67-77, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100012&script=sci_arttext&tlng=en#ModalArticles . Acesso em 31 out. 2021.

PARASMO, B.; LOWENTHAL, R.; PAULA, C. Autism Spectrum Disorders: prevalence and service use in four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 42, p. 3, 2015.

PARAVIDINI, J. L. L. **A identificação e o diagnóstico precoce de sinais de risco de autismo infantil**. Tese de Doutorado. Departamento de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2002. Disponível em: [https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/viewFile/2926/2309#:~:text=Para%20diagn%C3%B3stico%20de%20TEA%2C%20os,interesses%20\(APA%2C%202013\)](https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/viewFile/2926/2309#:~:text=Para%20diagn%C3%B3stico%20de%20TEA%2C%20os,interesses%20(APA%2C%202013).). Acesso em 17 mar. 2022.

PASQUALI, L. Taxonomia dos instrumentos psicológicos. In: Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Rio de Janeiro: Artmed, 2010. p. 48-55.

PAUL, R; FISCHER, M.L.; COHEN, D.J. Brief report: Sentence comprehension strategies in children with autism and specific language disorders. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 18, n. 4, p. 669-679, 1988.

PEIXOTO, M.J.R.; CASSEL, P.A.; BREDEMEIER, J. Implicações neuropsicológicas e comportamentais na infância e adolescência a partir do uso de telas. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. 1-29, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7188/6991/113028>. Acesso em 04 jan. 2021.

PEREIRA, A.; MAIA, L. Avaliação Neuropsicológica: Perturbação do Espectro Autista. **Iberian Journal of Clinical and Forensic Neuroscience**. v.7, n.8, pp. 983-999, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307513358_Avaliacao_Neuropsicologica_Perturbacao_do_Espectro_Autista/citation/download. Acesso em 15 jan. 2020.

PEREIRA, A., RIESGO, R.S., WAGNER, M.B. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. **J Pediat**. Porto Alegre, v.84, n.6, p. 487-94, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000700004&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 17 jan. 2020.
Perkins MR, Dobbins S, Boucher J, Bol S, Bloom P, Lexical knowledge and lexical use in autismo. *J autism Dev disord*, 2006; 36: 795-805.

PIAGET, J. (b). **A construção do real na criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

PIAGET, J. (a). **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo, sonho e representação.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência na criança.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PINTO, R.D. C. N.; SANTANA, A. P. Semiologia das afasias: uma discussão crítica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.3, p.413-421, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/hXTt5XzJ3ZKtZcyQpbFLFsB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 11 dez. 2021.

PINTO, R.N.M. et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Qp39NxcyXWj6N6DfdWWDDrR/?lang=pt>. Acesso em 11 dez. 2021.

PIRES, V.S, et.al. Timerosal Contido Em Vacinas E Transtornos Do Espectro Autista: Revisão De Literatura. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 1, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1227/658>. Acesso em 03 mar. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad. de Ana Thorell. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTOLESE, J. et al. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento às pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 79-91, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000200008#:~:text=O%20levantamento%20dos%20servi%C3%A7os%20Finstitui%C3%A7%C3%B5es,CAPSI%20\(30%2C9%25\)..](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000200008#:~:text=O%20levantamento%20dos%20servi%C3%A7os%20Finstitui%C3%A7%C3%B5es,CAPSI%20(30%2C9%25)..) Acesso em 22 fev, 2022.

POSAR, A; VISCONTI, P. Autism in 2016: the need for answers. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 93, n. 2, p. 111-119, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000200111. Acesso em 16 fev. 2020.

PRATES, A.C.et al. **Os benefícios da fisioterapia na independência funcional em crianças com transtorno do espectro autista.** Corpo Editorial Conselho Diretivo, 2019.

PRESMANES, A. et al. Epidemiology of autism spectrum disorders. In: VOLKMAR et al. (Org.). **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders.** V. 1. Diagnosis, Development and Brain Mechanisms, Wiley, 2014, p. 57-96.

PRESTES, R.; TAMANAHA, A.C; PERISSINOTO, J. Uso do gesto no transtorno autista: Estudo de caso único. **Revista CEFAC**, v. 11, n. 4, p. 708-712, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/tchWb7JNGqfZfMnWqGtStNx/?lang=pt#:~:text=As%20crian%C3%A7as%20com%20Transtorno%20Autista,no%20desenvolvimento%20de%20id%C3%A9ias%2010>. Acesso em 29 jan. 2022.

PRUTTING, C.A. Pragmatics as social competence. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v. 47, n. 2, p. 123-134, 1982.

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z.; SENIOR-TITULAR, U.S.P. A TEORIA DE JEAN PIAGET COMO FUNDAMENTO DA EDUCAÇÃO DESTES SÉCULO? 19. **Orly Zucatto Mantovani de Assis**, p. 131, 2018.

RAPIN, I. Distúrbios da comunicação no autismo infantil. In: CHEVRIE-MULLER C, NARBONA J. **A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, p. 439-57, 2005.

RIBEIRO, M.I.S.; VIÉGAS, L.S. A abordagem histórico-cultural na contramão da medicalização: uma crítica ao suposto TDAH. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, v. 8, n. 1, p. 157-166, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/14867/11684>. Acesso em 21 fev. 2020.

RIBEIRO, S.H.B. **Prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento no município de Atibaia**: um estudo piloto. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2007. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/handle/10899/22592>. Acesso em 17 mar. 2022.

RODRIGUES, A; MALDONADE, I. Abordagens em linguagem adotadas por fonoaudiólogos no sistema público de saúde em campinas e americana. **Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP**, n. 27, p. 1-1, 2019. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/pibic/article/view/1950>. Acesso em 16 mar. 2022.

ROBINS, D.L., et.al.. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **J Autism Dev Disord.**, n.31, v.2, p. 131-144, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11450812>. Acesso em 15 jan. 2020.

RODRIGUES, E.; CRUZ-SANTOS, A.; OLIVERIA, J. Avaliação da linguagem em crianças com deficiência visual: Adaptação do Teste ABFW. **Revista De Estudios E Investigación En Psicología Y Educación**, v. 11, p. 168-172, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321891537_Avaliacao_da_linguagem_em_crianças_com_deficiencia_visual_Adaptacao_do_Testes_ABFW. Acesso em 17 mar. 2022.

RODRIGUES, I.B.; ANGELUCCI, C.B. Estado da arte da produção sobre escolarização de crianças diagnosticadas com TEA. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, p. 545-555, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/qRctXB5th8MkZ4t9FtFM9Gq/abstract/?lang=pt>. Acesso em 18 mar. 2022.

RONZANI, L. et al. Comorbidades Psiquiátricas no Transtorno do Espectro Autista: Um Artigo de Revisão. **Boletim do Curso de Medicina da UFSC**, v. 7, n. 3, p. 47-54, 2021. Disponível em: <https://www.nexos.ufsc.br/index.php/medicina/article/view/4827/3853>. Acesso em 04 jan. 2021.

ROSA, T.S.M. et al. Intervenção fonoaudiológica e fisioterapêutica em uma mulher após acidente vascular cerebral isquêmico. **Scientia Medica**, v. 25, n. 2, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832088?lang=es>. Acesso em 16 mar. 2022.

ROSENBERG, R. História do autismo no mundo. In Schwartzman, J. S., Araújo, C. A. (Orgs.), *Transtornos do espectro do autismo*. São Paulo. p. 19-26, 2011.

ROSSI, L.P.; et.al. Caminhos Virtuais e Autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da Análise de Redes Sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p.3319-3326, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mb47wnxWHnjhgSj9HwkhRrS/?lang=pt>. Acesso em 17 mar 2022.

ROTTA, N. T.; OHLWLWEILER, L.; RIESGO, R. S. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

RUTTER, M.; LE COUTEUR, A.; LORD, C. **Autism diagnostic interview-revised (ADI-R)**. Los Angeles: Western Psychological Services, 2003.

SÁ, M.G.C.S; SIQUARA, Z.O.; CHICON, J.F. Representação simbólica e linguagem de uma criança com autismo no ato de brincar. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 37, n. 4, p. 355-361, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbce/a/gvkfQ6BQmV7bt88jySzwVPw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 jan. 2022.

SAAD, A.G.F.; GOLDFELD, M.. A ecolalia no desenvolvimento da linguagem de pessoas autistas: uma revisão bibliográfica. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 21, n. 3, p. 255-260, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pfono/a/CmhrXgFpL3rgjrPcBzx3Z5N/?lang=pt#:~:text=Ap%C3%B3s%2020%20meses%20de%20terapia,da%20linguagem%20de%20pessoas%20autistas..> Acesso em 17 mar. 2022.

SALVIA, J.; YSSELDYKE, J. E. **Avaliação em educação especial e corretiva**. 1991. VIANA, Karla Osiris Freire Leal; DA SILVA NASCIMENTO, Sulamita. Efeitos da intervenção precoce no desenvolvimento de uma criança com TEA: interface entre neurociências e educação. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 11, n. 30, p. 38-50, 2021.

SAMPAIO, V.S. Autismo: diagnóstico, intervenção precoce e atuação do Ministério Público em Araguaína. **Revista Jurídica do Ministério Público do Estado do Tocantins**. Publicação do Ministério Público do Estado do Tocantins. Ano XI, n. 16, 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-Juridica-MP-TO_n.16.pdf. Acesso em 16 mar. 2022.

SANTANA, A. P. A linguagem na clínica fonoaudiológica: Implicações de uma abordagem discursiva.. **Revista Distúrbios da Comunicação**, Vol. 13 (1), 161-174, 2001.

SANTANA, A.P.; SANTOS, K.P. A perspectiva enunciativo-discursiva de Bakhtin e a análise da linguagem na clínica fonoaudiológica. **Bakhtiniana: Rev. Est. Discurso**, v. 12, n.

2, p. 174-190, 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-45732017000200174. Acesso em 07 jan. 2020.

SANTOS, A.A.; DE AZEVEDO FRONZA, C. A fala de uma criança autista dos 10 aos 11 anos de idade. **Entrelinhas**, v. 5, n. 2, p. 134-145, 2011. Disponível em:
<http://revistas.unisinos.br/index.php/entrelinhas/article/view/1217>. Acesso em 22 jan. 2022.

SANTOS, K.P. **Análise dialógica da fluência**: contribuições da perspectiva bakhtiniana. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Comunicação e Expressão. Programa de Pós-Graduação em Linguística. Florianópolis, 2021. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/226950?show=full>. Acesso em 17 mar. 2022.

SANTOS, G.D. **Reverberações dos estudos dialógicos da linguagem no discurso da BNCC**: em torno do objeto discursivo prática de análise linguística/semiótica. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Comunicação e Expressão. Programa de Pós-Graduação em Linguística. Florianópolis, 2020. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/219285>. Acesso em 05 abr. 2022.

SANTOS, T.H.F. **Comparação entre o perfil funcional da comunicação e as respostas no Functional Communication Profile-Revised (FCP-R) em crianças e adolescentes com transtornos do espectro do autismo**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2012. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5162/tde-09012013-175746/pt-br.php>. Acesso em 04 jan. 2021.

SATO, F.P. **Validação da versão em português de um questionário para avaliação de autismo infantil**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2008. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-07052009-134103/pt-br.php>. Acesso em 16 fev. 2020.

SAUSSURE, F. **Curso de linguística geral** (1916). São Paulo, 2006.

SAVOLDI, A. et al. **Instrumento de avaliação fonológica**: validação de conteúdo. 2012.

SCHMIDT, C. **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Papyrus Editora, 2014.

SCHIAVO, L.P. **Características do perfil profissional dos fonoaudiólogos no estado do Rio Grande do Sul**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Faculdade de Odontologia. Curso de Fonoaudiologia. Porto Alegre, 2013. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/152911>. Acesso em 17 mar. 2022.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; RENNER, B.R. **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)**. 10 ed. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1988.

SCHOPLER, E., et.al. **Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)**. Texas: Pro-ed, 1990.
SFORNI, M.S.F. **Aprendizagem e desenvolvimento**: o papel da mediação. Políticas públicas, práticas pedagógicas e ensino-aprendizagem: diferentes olhares sobre o processo educacional. 1ª ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2008.

SHRIBERG, L.D. et al. Estimates of the prevalence of speech and motor speech disorders in persons with complex neurodevelopmental disorders. **Clinical linguistics & phonetics**, v. 33, n. 8, p. 707-736, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31221012/>. Acesso em 17 mar. 2022.

SHRIBERG, L.D. et al. Extensions to the speech disorders classification system (SDCS). **Clinical linguistics & phonetics**, v. 24, n. 10, p. 795-824, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20831378/>. Acesso em 17 mar. 2022.

SHRIBERG, L.D. et al. A diagnostic marker to discriminate childhood apraxia of speech from speech delay: I. Development and description of the pause marker. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 60, n. 4, p. S1096-S1117, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28384779/>. Acesso em 17 mar. 2022.

SHWARTZMAN, J. Síndrome de Asperger. In: Gauderer, C. (Ed.) **Autismos e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais**. 2 ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1997. p. 190 – 193.

SILVA, C.R.O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: Guia prático**. Fortaleza, Editora Da Ufc, 2004.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ªed. Florianópolis: Laboratório De Ensino A Distância Da Ufsc, 2001.

SILVA, J.A.; GHIRELLO-PIRES, C.S.A. Subjetividade na afasia: uma construção dialógica. **VII Seminário de Pesquisa em Estudos Linguísticos**, p. 1-9, 2012. Disponível em: <http://anais.uesb.br/index.php/periodicos-uesb-br-spel/article/view/1648/0>. Acesso em 11 dez. 2021.

SILVA, K.C.B.; LUCERO, A. Autismo em tempos de patologização da infância: (des)encontros entre a Psicanálise e o DSM. In: CAPONI, S., et.al. **Saberes expertos e medicalização no domínio da infância**. São Paulo, EDITORA LIBER ARS, 2021. p. 297-316.

SILVA, L.N.P. **A Proteção Jurídica E A Judicialização Do Direito À Saúde Da Pessoa Com Transtorno Do Espectro Autista**. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Direito e Relações Internacionais. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1956>. Acesso em 26 mar. 2022.

SILVA, M.E.S.; FREIRE, R.S. **Intervenção fonoaudiológica na síndrome de Down: relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Fonoaudiologia. Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, 2019. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/14698>. Acesso em 17 mar. 2022.

SILVA, M.F.; CONCEIÇÃO, F.A; LEITE, M.M.J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**. V.32, n.1, p.47-55, 2008. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/educacao_continuada.pdf. Acesso em 18 mar. 2022.

SILVEIRA, A.P.K.; ROHLING, N.; RODRIGUES, R.H. **A análise dialógica dos gêneros do discurso e os estudos do letramento: glossário para leitores iniciantes**. Florianópolis: DIOESC, 2012.

SIQUEIRA, M. et al. Compreensão de expressões idiomáticas em período de aquisição da linguagem. **Letras de Hoje**, v. 52, p. 391-400, 2017.

SOARES, M.V. Aquisição da linguagem segundo a Psicologia Interacionista: três abordagens. **Revista Gatilho**, v. 4, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/gatilho/article/view/26877>. Acesso em 17 mar. 2022.

SOUSA, J.S.; SANTANA, P.C. **Avaliação Da Independência Funcional De Indivíduos Com Transtorno Do Espectro Autista Baseado Na Escala Medida De Independência Funcional**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Fisioterapia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Ariquemes – RO, 2018. Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/2352>. Acesso em: 04 jan. 2021.

SOUZA, A.C.R.F.; et al. Estudo comparativo da habilidade de imitação no Transtorno Específico de Linguagem e no Transtorno do Espectro do Autismo. **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 27, n. 2, p. 142-147, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/PpRwSwQ7MRf46ZH6gSYzqKR/?lang=pt#:~:text=de%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20social,-,CONCLUS%3%83O,de%20desempenho%20nas%20crian%C3%A7as%20autistas..> Acesso em 17 mar. 2022.

SOUZA, A.V.; CAPELLINI, S.A. Percepção visual de escolares com distúrbios de aprendizagem. **Revista Psicopedagogia**, v. 28, n. 87, p. 256-261, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000300006. Acesso em 17 mar. 2022.

SUA-KAY, E. et al. **TALC–Teste de Avaliação da Linguagem na Criança**. Manual. Lisboa: Oficina Didáctica, 2006.

TAFURI, M. I.; SAFRA, G. **Extraír sentido, traduzir, interpretar**: um paradigma na clínica psicanalítica com a criança autista. *Psychê*, v 12, n 23, 2008. Recuperado em 30 jun. 2017 de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1415-11382008000200009&lng=pt&tlng=pt>

TAGER-FLUSBERG, Helen et al. **Defining spoken language benchmarks and selecting measures of expressive language development for young children with autism spectrum disorders**. 2009.

TAGER-FLUSBERG, H.; JOSEPH, R.M. **Identifying neurocognitive phenotypes in autism**. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. v. 358, n.1430, p. 303–314, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12639328/>. Acesso em 17 mar. 2022.

TAGER-FLUSBERG, H. Semantic processing in the free recall of autistic children: Further evidence for a cognitive deficit. **British Journal of Developmental Psychology**, v. 9, n. 3, p. 417-430, 1991.

TAFILA, T.L. **Indicadores de sensibilidade de dois modelos de tomada de decisão para identificação de alunos com transtorno do espectro autista e deficiência intelectual no ensino fundamental I**. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/handle/10899/26482>. Acesso em 17 mar. 2022.

TAMANAHA, A.C.; CHIARI, B.M.; PERISSINOTO, J. A eficácia da intervenção terapêutica fonoaudiológica nos distúrbios do espectro do autismo. **Revista Cefac**, v. 17, p. 552-558, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/HrBtwzSXtdq9hM8v7CbPBkd/?lang=pt#:~:text=Acreditando%20que%20a%20interven%C3%A7%C3%A3o%20terap%C3%AAutica,a%20efic%C3%A1cia%20da%20interven%C3%A7%C3%A3o%20terap%C3%AAutica>. Acesso em 11 dez. 2021.

TAMANAHA, A.C; MARTELETO, M.R.F.; PERISSINOTO, J. A interferência do status de linguagem expressiva na pontuação do Autism Behavior Checklist em autistas verbais e não verbais. **Audiol. Commun. Res.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 167-170, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000200167. Acesso em 15 fev. 2020.

TEIXEIRA, E.R. A adaptação dos Inventários MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo (CDI's) para o português brasileiro. In: Anais do II Congresso Nacional da ABRALIN. Taciro – Produção de CDs Multimídia. 479 – 487, 2000.

TEIXEIRA, G. **Manual do autismo**. Editora Best Seller, 2019.

THURBER, C.; TAGER-FLUSBERG, H. Pauses in the narratives produced by autistic, mentally retarded, and normal children as an index of cognitive demand. **Journal of Autism and Developmental disorders**, v. 23, n. 2, p. 309-322, 1993.

TOGASHI, C.M.; WALTER, C.C.F. As contribuições do uso da comunicação alternativa no processo de inclusão escolar de um aluno com transtorno do espectro do autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 22, n.3, p. 351-366, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/tZTpdK6vY9sNgZvSwkvrzcn/abstract/?lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20mostraram%20maior%20intera%C3%A7%C3%A3o,ocorra%20de%20forma%20mais%20efetiva>. Acesso em 17 mar. 2022.

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

TOMAZ, J.B.C. **Normas e Recomendações para Elaboração de Questões de Múltipla Escolha no contexto da Educação das Profissões de Saúde**. Instituto INNOVARE, 2006. Disponível em: <http://site.ufvjm.edu.br/fammuc/files/2016/05/Quest%C3%B5es-de-m%C3%BAltipla-escolha.pdf?fbclid=IwAR15747UpRc0KYtuwHxwfcNsNtMNNTRhC5rDfaZ-qjII80XpnuU-RiK-dc>. Acesso em 17 mar. 2022.

TONIETTO, L. et al. Interfaces entre funções executivas, linguagem e intencionalidade. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 21, n. 49, p. 247-255, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/SbY5L8yRCNHpCDW49bmztSS/?lang=pt#:~:text=Durante>

%20o%20desenvolvimento%2C%20as%20fun%C3%A7%C3%B5es,planos%2C%20caracter%20ADstica%20das%20fun%C3%A7%C3%B5es%20executivas.. Acesso em 18 mar. 2022.

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1972). 1975.

TUSTIN, F. **Estados autísticos em crianças**. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1981). 1984.

VARANDA, C.A.; FERNANDES, F.D.M. Consciência sintática: correlações no espectro do autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, p. 748-758, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/prc/a/f5WRP3MGF7q7JVShJqSNBg/?lang=pt#:~:text=A%20Prova%20de%20Consci%C3%Aancia%20Sint%C3%A1tica,Categoriza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Palavras%20\(CP\)..](https://www.scielo.br/j/prc/a/f5WRP3MGF7q7JVShJqSNBg/?lang=pt#:~:text=A%20Prova%20de%20Consci%C3%Aancia%20Sint%C3%A1tica,Categoriza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Palavras%20(CP)..) Acesso em 18 mar. 2022.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R.; CASTIEL, L.D.; GRIEP, R.H. A sociedade de risco midiaticizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 607-616, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200607&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 fev. 2020

VAZ, B.M. **Agrotóxicos: um problema de saúde pública**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em Saúde Pública. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/184276>. Acesso em 18 mar. 2022.

VELOSO, G; JARDIM, L. **A importância do diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista em crianças e os impactos no processo de aprendizagem**. 2021.

VIANA, K.O.F.L; DA SILVA NASCIMENTO, S.. Efeitos da intervenção precoce no desenvolvimento de uma criança com TEA: interface entre neurociências e educação. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 11, n. 30, p. 38-50, 2021.

VIGOTSKY, L. S. **A construção social da mente**. Editora Martins Fontes, 1991.

VIGOTSKY, L.S. **Obras Escogidas**. Vol. IV. Madrid: Visor, 1996.

VOLKMAR, F.R.; WEISNER, L.A. **Autismo: Guia Essencial para Compreensão e Tratamento**. Artmed Editora, 2018.

VOLOCHÍNOV, V. Palavra na vida e a palavra na poesia: Introdução ao problema da poética sociológica. In: GERALDI, J. W. (Org.). **A construção da Enunciação e Outros ensaios**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2013.

WAKEFIELD, A.J. MMR vaccination and autism. **The Lancet**, v. 354, n. 9182, pág. 949-950, 1999. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(05\)75696-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(05)75696-8.pdf). Acesso em 21 nov. 2021.

WILLIAMS, C.; WRIGHT, B. **Convivendo com o Autismo e a Síndrome de Asperger**. São Paulo: M. Books, 2008.

WILLIAMS, E. A comparative review of early forms of object-directed play and parent-infant play in typical infants and young children with autism. **Autism**, London, v. 7, n. 4, p. 361-377, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14678676/>. Acesso em 18 mar. 2022.

WHITMAN, T.L. **O desenvolvimento do autismo**. M. Books Editora, 2019.

WING, L. Asperger's syndrome: a clinical account. **Psychol Med.**, v. 11, n. 1, p. 115-129, 1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7208735>. Acesso em 16 jan. 2020.

WORLDOMETER. World Population. Online. Disponível em: <https://www.worldometers.info/>. Acesso em 14 mar. 2022.

ZAMFIR, M.T et al. The consumption of virtual environment more than 4 hours/day, in the children between 0-3 years old, can cause a syndrome similar with the autism spectrum disorder. **Journal of Romanian literary studies**, n. 13, p. 953-968, 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: _____
 Nome completo: _____
 Idade: _____
 E-mail: _____
 Cidade/Estado em que trabalha: _____

2. DADOS DE FORMAÇÃO

Em que universidade /instituição se formou em fonoaudiologia? _____

Tempo de formação: _____

Caso você possua Pós-Graduação, indique a modalidade:

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Não possui

Há quanto tempo você se formou na graduação de fonoaudiologia (meses/anos)? _____

Se você possui formação específica para atuar com crianças com autismo, especifique a modalidade de conhecimento:

- Meu Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização foi/é sobre Autismo
- Minha Dissertação de Mestrado foi/é sobre Autismo
- Minha Tese de Doutorado foi/é sobre Autismo
- Cursos de curta duração
- Aperfeiçoamento
- Outros _____

3. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Você tem experiência clínica no atendimento de crianças com autismo?

- Sim
- Não

Marque as situações em que você teve experiência com atendimentos de pessoas com autismo:

- na graduação (projetos de pesquisa, extensão e/ou estágios)
- na pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado)
- em Escolas de Educação Especial
- em Escolas Regulares
- em Consultório/Clínica
- em Hospitais públicos ou privados
- em Instituição especializadas/Centro de referência – Governamentais
- em Instituição especializada – Não-governamentais
- Outros _____

Tempo total de experiência com atendimento de pessoas com autismo: _____

De acordo com a sua prática clínica, geralmente você é:

- O primeiro profissional da saúde procurado pela família
- O paciente já vem indicado de outros profissionais da saúde (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outros)

Caso seja o primeiro profissional procurado pela família, você costuma realizar encaminhamentos para outros profissionais?

- Sim
- Não
- Depende do caso

4. PROCESSO AVALIATIVO

Na sua avaliação de crianças com autismo, que aspectos são considerados?

- Brincadeira simbólica
- Uso funcional dos objetos
- Aspectos sensoriais (tátil, gustativa, auditiva, olfativa)
- Interação Criança-adultos não familiares
- Interação Criança-terapeuta
- Interação Criança-familiares
- Interação Criança-pares (outras crianças)
- Interação Criança-animais
- Interação criança-objetos
- Intenção comunicativa
- Função comunicativa (perguntar, comentar, responder, solicitar, entre outras)
- Contato visual
- Imitação
- Alcance dirigido
- Uso de gestos comunicativos
- Compreensão oral
- Compreensão de gestos
- Comportamentos repetitivos/estereotipados
- Coordenação motora
- Percepção visual
- Atenção a fala do outro
- Atenção a sons ambientes
- Atenção compartilhada
- Tempo de atenção (durante brincadeiras, atividade e jogos)
- Aspecto semântico
- Aspecto sintático
- Aspecto fonético-fonológico
- Aspecto pragmático-discursivo (troca de turno, fuga de tópico, persistência em um tópico, entre outros)
- Aspectos prosódicos
- Fluência

Compartilhe conosco os instrumentos que você utiliza par avaliação da linguagem de crianças com autismo.

- Utilizo instrumentos já existentes (normatizados) respeitando todas as instruções
- Utilizo instrumentos já existentes (normatizados), mas faço adições, modificações e complementações
- Utilizo instrumentos já existentes (normatizados) e associo a avaliação aberta
- Não utilizo instrumentos normatizados, faço uma avaliação inteiramente qualitativa

Qual (is) instrumento (s) você utiliza? _____

Por que você escolheu esse instrumento de avaliação?

- é uma indicação feita por um profissional/collega
- é uma recomendação de professores que contribuíram para minha formação
- é uma recomendação da instituição em que eu trabalho
- é uma escolha profissional particular derivada estudos/prática clínica
- não sei dizer

Caso realize avaliações complementares, qual (is) avaliação (ões) são realizadas? E qual (is) instrumentos você utiliza?

Sua avaliação é realizada em quais ambientes?

- () Consultório/hospital/instituição
 () Casa da criança
 () Locais abertos (parques, praças)
 () Outros _____

De acordo com a sua prática clínica, você costuma fazer gravações e transcrições das sessões de avaliação?

- () Sim, costumo gravar as sessões
 () Sim, costumo transcrever as sessões
 () Sim, costumo gravar e transcrever as sessões
 () Não realizo isso na minha prática

Sua sessão tem duração de quanto tempo?

- () 30 min
 () 45 min
 () 1h
 () Outro _____

Em média, em quantas sessões você realiza avaliação de crianças com suspeita/diagnóstico de autismo?

Considerando que a avaliação da linguagem é de responsabilidade do fonoaudiólogo, em sua opinião, a avaliação feita pelo fonoaudiólogo é suficiente para diagnosticar o autismo?

- () Sim, a avaliação fonoaudiológica é suficiente
 () Não, acredito que a avaliação multi/interdisciplinas é mais adequada
 () Depende de cada caso

Quais profissionais você considera importantes fazerem parte da equipe inter/multidisciplinar?

Além da avaliação fonoaudiológica, você realiza avaliações complementares?

- () Sim, realizo avaliações complementares.
 () Não realizo avaliações complementares.
 () Depende do caso

Você costuma relacionar a avaliação fonoaudiológica com a avaliação de outros componentes da equipe? (TO, Psicólogo, Psicopedagogo, Fisioterapeuta, Neuropsicólogo, Professor, outros)

- () Sim
 () Não
 () Depende do caso

Você relaciona alguma abordagem teórica de linguagem com sua prática avaliativa?

- () Comportamental/Behaviorista
 () Interacionista/sociointeracionista
 () Cognitivismo
 () Construtivismo
 () Não sei
 () Não faço relação entre teoria e a avaliação
 () Outra _____

Você gostaria de fazer mais algum comentário sobre a intervenção em casos de autismo?

Compartilhe conosco como você se sentiu ao responder esse questionário:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo título é **Avaliação fonoaudiológica da linguagem de crianças com suspeita de autismo: um olhar da Neurolinguística Discursiva**. Esta pesquisa será realizada em parceria entre o Curso de Fonoaudiologia e o Programa de Pós-Graduação em Linguística da UFSC. As informações deste documento são para que você entenda os objetivos da pesquisa e saiba que a sua participação é espontânea. Se durante a sua leitura houver alguma dúvida, você pode fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento que está em duas vias, sendo uma via entregue a você e a outra entregue ao pesquisador responsável, a **Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Santana**.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

INTRODUÇÃO: O autismo é atualmente entendido como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por prejuízos relacionados à interação social, à comunicação e ao comportamento. Observou-se um aumento significativo do número de diagnósticos nos últimos anos, tendo em vista que a prevalência no ano 1966 era 4,5 a cada 10 mil e atualmente chega a 1 a cada 59 nascidos. Dessa forma, há uma preocupação em torno do modo como as crianças com suspeita de autismo têm sido avaliadas, principalmente, no que diz respeito à linguagem, uma vez que é através da avaliação que a intervenção terapêutica será delineada e que, conseqüentemente, acaba refletindo na qualidade de vida do sujeito.

OBJETIVO DA PESQUISA: Busca-se compreender o modo como os fonoaudiólogos brasileiros têm avaliado crianças com suspeita de autismo, os instrumentos mais citados na literatura da área, além da realização da análise da concepção de linguagem que subjaz os testes sob a ótica da Neurolinguística Discursiva.

PROCEDIMENTO: Será realizada uma revisão bibliográfica acerca dos instrumentos mais utilizados na avaliação de crianças com suspeita de autismo na área da Fonoaudiologia. Em seguida, será feita uma análise da concepção de linguagem que subjaz aos três testes apontados como mais utilizados. E, por fim, haverá a aplicação de um questionário *online* com

fonoaudiólogos brasileiros, com questões relativas à formação, experiência e conhecimento sobre os instrumentos.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Os riscos serão mínimos, como sentir-se desconfortável ao responder ao questionário. Se isso ocorrer, você poderá parar a qualquer momento. Os benefícios de sua participação nesta pesquisa incluem a contribuição para o entendimento de práticas clínicas fonoaudiológicas adotadas, podendo oferecer melhorias para os seus acompanhamentos terapêuticos, assim como, a ampliação do entendimento dos fatores que envolvem a avaliação de crianças com suspeita de autismo e conseqüentemente trazer benefícios à comunidade acadêmica.

DESCONFORTO: O desconforto será mínimo ou inexistente, pois a coleta será feita através de aplicação de questionário online. Se isso ocorrer, contudo, você poderá suspender sua participação a qualquer momento.

CUSTOS: Você não terá nenhum gasto com a pesquisa. No entanto, caso venha a ter qualquer gasto imprevisto, você tem direito ao ressarcimento. Você também tem direito à indenização caso ache que foi infringido algum item desse termo de consentimento.

PARTICIPAÇÃO: Caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento em que desejar. Durante o decorrer da pesquisa, caso você venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação a mais, use o telefone ou e-mail fornecido ao final deste documento.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE: Você tem o compromisso dos pesquisadores de que a sua imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo. No caso de novas informações, no decorrer da pesquisa, estas serão submetidas à avaliação da Comissão de Ética para um novo parecer.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que está posto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, no. 466 (12 de dezembro de 2012), que trata dos preceitos éticos e da proteção dos participantes da pesquisa. Este TCLE foi elaborado de acordo com esses preceitos, itens IV.3 e IV.4.

Título do Projeto de Pesquisa: Avaliação da linguagem escrita: contribuições da Neurolinguística Discursiva

Pesquisador Responsável: Profa. Ana Paula O. Santana

E-mail: anasantana@ufsc.br

Telefone para Contato: (48)37214912

CEPSH-UFSC: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

(48) 3721-6094

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

Eu, _____, portador(a) do RG: _____, fone para contato _____ abaixo assinado, aceito participar da pesquisa **Avaliação fonoaudiológica da linguagem de crianças com suspeita de autismo: um olhar da Neurolinguística Discursiva**. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador

Florianópolis, ___/___/___.