

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

FRANCIELE ARASUJO SOUZA

**DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA POR MEIO DO INVENTÁRIO PORTAGE OPERACIONALIZADO:
OPINIÃO DAS MÃES**

SÃO CARLOS- SP

2023

FRANCIELE ARAUJO SOUZA

**DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado, como requisito para conclusão, do curso de Licenciatura em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Cia

SÃO CARLOS -SP

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado a
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, como parte
dos requisitos para aprovação final no Curso de
Licenciatura em Educação Especial.
São Carlos-SP, (data da apresentação)

BANCA EXAMINADORA

Prof. [nome]

Instituição

Prof. [nome]

Instituição

Dedico este trabalho a minha família, em especial, aos meus tios e avó que não estão mais presente, mas, que sempre me apoiaram e incentivaram durante toda a minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Jeová que me concedeu a vida e a oportunidade de entrar em uma universidade pública, sendo a minha maior força em todos os momentos.

Aos meus pais João e Piedade e irmão João Vitor que me deram todo suporte e apoio durante esses anos de formação acadêmica, que com certeza contribuiu para que eu chegasse onde estou, sem o apoio deles certamente nada disso seria possível.

A minha amiga Jennifer, que foi a minha parceira e dupla durante os quatros de graduação, sempre estando ao meu lado em todos os momentos, me apoiando e incentivando, fazendo assim com que os meus dias fossem mais leves. Também, as minhas amigas Daiani e Marcela, que tornaram os meus dias alegres e divertidos dentro da universidade.

Ainda, gostaria de agradecer a minha orientadora Fabiana Cia, que me proporcionou todo suporte e orientações necessárias para a elaboração desse trabalho, mostrando-se constantemente disposta a me ajudar e acima de tudo me incentivando durante toda a trajetória.

RESUMO

Acredita-se que crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem apresentar atrasos no desenvolvimento de diferentes formas, em diferentes áreas. Dessa forma, esta pesquisa teve como título o desenvolvimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista por meio do inventário operacional portage: opinião das mães, tendo como objetivos: (a) analisar o desenvolvimento motor, linguístico, social, cognitivo e de autocuidados de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, segundo a opinião das mães; (b) Compreender os sinais e o diagnóstico dessas crianças com Transtorno do Espectro Autista e (c) Descrever os serviços e as necessidades das famílias. O delineamento da pesquisa foi descritivo e exploratório e contou com a participação de três mães de crianças com diagnóstico de TEA, entre as faixas etárias de três a cinco anos. Para a coleta de dados foram utilizados como instrumentos: (a) um roteiro de entrevista semiestruturado; (b) Questionário Critério Brasil e (c) Inventário Portage Operacionalizado (IPO). Todos os instrumentos foram preenchidos em forma de entrevista e de modo remoto. Os dados obtidos foram qualitativos e quantitativos, sendo que os dados quantitativos foram analisados por meio de porcentagens e os dados qualitativos foram analisados em forma de categorias. Como resultados têm-se que, no que se refere ao desenvolvimento das crianças com TEA foi identificado, por meio do IPO, o atraso em todas as áreas, sendo que a de linguagem foi a de maior comprometimento, em seguida, a área cognitiva e a motora. Além disso, as participantes indicaram sinais do TEA entre 2 anos de idade. Em relação aos tipos de sinais foram citados o atraso na fala e o não atender a chamado. Todas as participantes apontaram que as crianças com TEA recebiam serviços de apoio, mas enfatizaram a importância de que tais serviços fossem públicos. Conclui-se com o estudo que é possível verificar sinais de TEA nas crianças precocemente e que existem variações em relação às diferentes áreas do desenvolvimento, mas que em todas as áreas as crianças apresentaram déficits. Diante de tais resultados é importante que crianças com TEA passem por atendimento de Intervenção Precoce o mais breve possível, a fim de que tais déficits sejam minimizados.

Palavras-chaves: Educação Especial. Autismo. Desenvolvimento. Mães de crianças com autismo.

ABSTRACT

It is believed that children with Autistic Spectrum Disorder (TEA) may experience developmental delays in different ways, and areas. Thus, the study was entitled the development of children with Autism Spectrum Disorder through the portage operational inventory: mothers' opinion. Having as objectives (a) analyze the motor, linguistic, social, cognitive, and self-care development of children diagnosed with Autistic Spectrum Disorder, according to the mother's opinion; (b) Understand the signs and diagnosis of children with Autistic Spectrum Disorder and (c) Describe the services and needs of these families. The research design was descriptive and exploratory, and it counted on the participation of three mothers of children diagnosed with ASD, between the age groups of three and five years. For data collection, the following instruments were used: (a) a semi-structured interview script; (b) a Criterion Brazil Questionnaire, and (c) Operationalized Portage Inventory (IPO). All instruments were filled out during a remote interview. Both qualitative and quantitative data were collected: the quantitative were analyzed using percentages, and the qualitative data were analyzed in the form of categories. As a result, it was identified that regarding the development of children with ASD, delay in all areas was identified through the IPO, and language was the one with the greatest impairment, followed by cognitive and motor areas. In addition, the participants indicated signs of ASD between 2 years of age. Regarding the types of signs, speech delay and not responding to a call were mentioned. All participants pointed out that children with ASD received support services, but emphasized the importance of all services being public and free. This study concluded that it is possible to verify signs of ASD in children early, and there are variations regarding different areas of development, but children had deficits in all areas. According to these results, children with ASD must have Early Childhood Intervention as soon as possible, so these deficits would be minimized.

Palavras- chaves: Special education. Autism. Development. Mothers of children with autism.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano.....	9
1.2. Transtorno do Espectro Autista.	12
1.3. Pesquisas sobre o desenvolvimento infantil de crianças com Transtorno do Espectro Autista.....	13
2. MÉTODO	16
2.1. Participantes	16
2.2. Aspectos Éticos	16
2.3. Medidas avaliativas	17
2.4. Local da coleta de dados.....	18
2.5. Procedimentos da coleta de dados	18
2.6. Procedimentos da análise de dados.....	19
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
5. REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A	40
APÊNDICE B	42
APÊNDICE C	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentagem de acertos do participante A1, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 1 a 2 anos.....	20
Gráfico 2. Porcentagem de acertos, do participante A1, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 2 a 3 anos.....	21
Gráfico 3. Porcentagem de acertos, do participante A1, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 3 a 4 anos.....	22
Gráfico 4. Porcentagem de acertos do participante A2, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 0 a 1 ano	23
Gráfico 5. Porcentagem de acertos, do participante A2, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 1 a 2 anos.....	24
Gráfico 6. Porcentagem de acertos do participante A2, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 2 a 3 anos.....	25
Gráfico 7. Porcentagem de acertos do participante A3, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 2 a 3 anos.....	26
Gráfico 8. Porcentagem de acertos, do participante A3, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 3 a 4 anos.....	27
Gráfico 9. Porcentagem de acertos, do participante A3, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 4 a 5 anos.....	27

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como foco a investigação do desenvolvimento infantil de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Dessa forma, a revisão bibliográfica englobará os seguintes tópicos: (a) Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano; (b) Transtorno do Espectro Autista e (c) Aspectos desenvolvimentais de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

1.1 Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano

A área do desenvolvimento humano tem como um dos principais teóricos Bronfenbrenner, com sua Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento Humano publicada na década de 1970. Por meio dessa perspectiva, Bronfenbrenner, divulgou ao campo científico importantes aspectos para o desenvolvimento de pesquisas em ambientes naturais. Dentre os seus escritos, a sua principal crítica se dirigia para a forma com que as pesquisas sobre o desenvolvimento humano eram realizadas, sendo focadas apenas nos indivíduos, desconsiderando as múltiplas influências dos contextos onde viviam (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Segundo Bronfenbrenner, para se compreender o desenvolvimento humano é necessário analisar o ambiente onde o indivíduo está inserido. Com isso, é importante considerar quatro níveis ecológicos: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (BRONFENBRENNER, 2011).

O primeiro nível, o microssistema, é compreendido como o contexto da pessoa em desenvolvimento, no qual um padrão de atividades e relações interpessoais, são vivenciadas pela pessoa face a face (como exemplo, o âmbito escolar e familiar) (NARVAZ; KOLLER, 2004). Esse nível “É o complexo de relações entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente imediato no qual ela está contida” (BRONFENBRENNER, 1977, p.515).

O segundo nível, o mesossistema, relaciona-se ao conjunto de microssistemas que a pessoa frequenta e as inter-relações desses ambientes (NARVAZ; KOLLER, 2004). Nesse nível pode-se incluir as relações que o indivíduo mantém com a família, escola, vizinhança e clube (MARTINS; SZYMANSKI, 2004), sendo que um ambiente leva influência para o outro ambiente.

O terceiro nível, o exossistema, compreende-se como ambientes em que o indivíduo não interage efetivamente, porém, mesmo não participando de maneira ativa, tais ambientes influenciam o seu desenvolvimento, podem ser considerados como esses ambientes: o trabalho dos pais, a rede de apoio social da família e a comunidade. (NARVAZ; KOLLER, 2004). Por exemplo, pais que frequentam um grupo de orientação para educar os filhos. Os filhos não frequentam o grupo, mas o seu desenvolvimento é influenciado pelos pais, pois provavelmente haverá alterações em como irão educar seus filhos.

O quarto e último nível, o macrosistema, trata-se dos sistemas políticos, das culturas, subculturas, valores e crenças presentes no cotidiano do indivíduo que exercem influência sobre o seu desenvolvimento e os das pessoas com quem convive (NARVAZ; KOLLER, 2004).

De acordo com Narvaz e Koller (2004), a Perspectiva Ecológica de Bronfenbrenner passou por uma reformulação pelo próprio teórico, que originou uma segunda fase denominada como Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Essa nova perspectiva sugere que o desenvolvimento seja estudado por meio de quatro núcleos inter-relacionados: o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo.

O Processo é a interação do indivíduo e o ambiente por um longo tempo e ele ocorre nas interações estabelecidas face a face, ao nível microssistêmico. Tendo como destaque os processos proximais que são definidos a partir de cinco aspectos: (1) O desenvolvimento ocorre a partir do engajamento do indivíduo com uma atividade; (2) A interação com a atividade deve ocorrer em um período regular de tempo; (3) As atividades devem ocorrer de maneira gradual e aumentar a sua complexidade; (4) As relações interpessoais devem ter reciprocidade levando com que de fato os processos proximais sejam efetivos e (5) Para a reciprocidade das relações é essencial que os objetos presentes no ambiente incentivem a atenção e a imaginação do indivíduo em desenvolvimento (NARVAZ; KOLLER, 2004). Ou seja, as atividades que as crianças em desenvolvimento realizam precisam ter significado, consistência (com sequenciamento do aprendizado e dos estímulos expostos), ter relações contínuas e com pessoas que se atentam as suas necessidades e seus interesses.

A Pessoa, refere-se tanto as características influenciadas biopsicologicamente pelo indivíduo, como as características constituídas na interação com o ambiente. Neste Núcleo três principais características são destacadas por influenciar o desenvolvimento e os processos proximais, sendo nomeadas como: Força, Recursos e Demandas (NARVAZ; KOLLER,

2004).

A Força são as características ou disposições da pessoa que colocam e sustentam os processos proximais em desenvolvimento. Essas características são classificadas como geradoras ou desorganizadoras. As características geradoras envolvem a curiosidade e a disposição do indivíduo em envolver-se em uma atividade. As características desorganizadoras tratam-se das dificuldades do indivíduo em controlar o seu comportamento e emoções (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Os Recursos Biopsicológicos dizem respeito às experiências, conhecimentos e habilidades necessárias do indivíduo para a efetivação dos processos proximais nas diferentes fases do desenvolvimento (NARVAZ; KOLLER, 2004). Esses recursos são divididos em dois grupos. O primeiro são as condições passivas do indivíduo que limitam ou comprometem o seu desenvolvimento, como problemas genéticos, dificuldades físicas e prejuízos cerebrais. O segundo grupo envolve recursos ativos como habilidades, destrezas e experiências pessoais (COPETTI; KREBS, 2004).

As demandas envolvem aspectos que incentivam ou desencorajam as reações no ambiente, provocando o favorecimento ou não dos processos proximais (NARVAZ; KOLLER, 2004). Essas demandas podem ser compreendidas como a capacidade de o indivíduo em desenvolver afeto ou sentimentos negativos pelas pessoas do seu convívio (COPETTI; KREBS, 2004).

O Contexto envolve a interação da pessoa com o meio em que está inserida, incluindo os ambientes onde convive realizando trocas diretas, como os que não frequentam, mas que influenciam o seu processo de desenvolvimento (MARTINS; SZYMANSKI, 2004). Os ambientes de interação incluem os quatro níveis: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (NARVAZ; KOLLER, 2004), como explicitado na primeira fase da Perspectiva de Bronfenbrenner.

O Tempo trata-se das mudanças e continuidades vivenciadas pelo indivíduo ao longo do ciclo da vida. Esse nível é analisado por meio de três aspectos: microtempo, mesotempo e macrotempo. O microtempo são às continuidades e descontinuidades presentes nos processos proximais. O mesotempo é a regularidade com que ocorrem esses episódios, que podem proporcionar resultados significativos para o desenvolvimento e o macrotempo envolve as expectativas e mudanças dentro da sociedade e das gerações que afetam os processos proximais e o desenvolvimento do indivíduo (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Como neste estudo será focado o desenvolvimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o próximo tópico versará sobre as principais características e definições do TEA.

1.2. Transtorno do Espectro Autista.

Segundo Cunha (2011), o psiquiatra suíço, Eugene Bleuler, em 1911 utilizou pela primeira vez o termo autismo, para se referir a sinais que observou em seus estudos sobre esquizofrenia. Klin (2006) destaca que o termo aparece novamente nas discussões de Leo Kanner, em 1943, que escreve 11 casos dos quais intitula como “Distúrbios Autístico Afetivo”. Por meio desses casos, determinadas características comportamentais foram identificadas, tais como: dificuldade na socialização com outros indivíduos, atraso na aquisição da linguagem, respostas atípicas ao ambiente, resistência a mudança, preferências por rotinas pré-definidas, ecolalia e estereotípias.

De acordo com Tamanaha, Perissionoto e Chiari (2008), em 1944, Asperger propôs em seu estudo a definição de um distúrbio que ele designou de “Psicopatia Autística”, caracterizando como um transtorno severo na interação social, marcado por dificuldades na compreensão não verbal e desajeitamento motor, sendo a sua maior predominância no sexo masculino.

Atualmente, tem-se como referência o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014), que denomina o TEA como um transtorno de neurodesenvolvimento, que geralmente, se torna visível no início da vida, ou seja, nas etapas iniciais de desenvolvimento do indivíduo. As principais características são determinadas como: prejuízos persistentes na comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamentos. Ainda conforme o DSM-5 (2014), o termo TEA engloba transtornos que antes eram chamados de: transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Asperger e autismo infantil.

Quanto a classificação, segundo o DSM-5 (2014), o TEA é classificado de acordo com os níveis de apoios que são requeridos pelos indivíduos, considerando assim três diferentes níveis: (a) Nível 1 (apoio) - pessoas com autismo neste nível, apresentam dificuldades na interação e comunicação, como também, respostas atípicas ao ambiente, demonstrando pouco interesse nas relações sociais e problemas para a organização e planejamento de atividades, com isso, necessitam de apoio; (b) Nível 2 (apoio substancial)- os indivíduos apresentam

déficits graves na comunicação e interação social, mesmo na presença de apoios, demonstram comportamentos estereotipados repetitivos e dificuldades em lidar com mudanças no ambiente ou em mudar o foco, diante disso, requerem de apoio substancial e (c) Nível 3 (muito apoio substancial) - as pessoas apresentam déficits graves na comunicação e interação social, que causam prejuízos significativos no desenvolvimento. Além disso, demonstram extrema limitação em dar início ou abertura a interações sociais, em lidar com mudanças no ambiente e realizar atividades simples do dia a dia, como as de autocuidados, o que os levam a necessitar de muito apoio substancial.

Em relação à prevalência de casos de TEA observa-se um expressivo número de ocorrências. De acordo com Silva e Mulick (2009), estudos epidemiológicos realizados entre 1966 e 1979, destacaram a prevalência de 4 a 5 casos de TEA a cada 10.000 nascimentos. Já os dados da Organização Mundial da Saúde Brasil OPAS/ OMS Brasil (2017) indicam que uma, a cada 160 crianças apresentam diagnóstico de TEA. E estudos mais recentes realizados pelo Center of Diseases Control and Prevention - (CDC) (2021), destacam que uma, a cada 44 crianças tem diagnóstico de TEA.

O diagnóstico precoce se torna fundamental para minimizar maiores atrasos no desenvolvimento dos indivíduos com autismo. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos no processo de diagnóstico sejam qualificados para a determinada função, já que precisam ser aptos para identificar as informações necessárias, de forma que consigam analisar e interpretar se os sinais apresentados pela criança indicam um possível diagnóstico de TEA (SILVA; MULICK, 2009). Além disso, é importante que pais e professores se atentem para possíveis comportamentos ou aspectos desenvolvimentais que podem ser característicos do transtorno.

1.3. Pesquisas sobre o desenvolvimento infantil de crianças com Transtorno do Espectro Autista

Com a finalidade de se aprofundar na temática do desenvolvimento de crianças com TEA, uma revisão foi realizada nas pesquisas existentes, nas plataformas Scielo, Google acadêmico, repositório UFSCar e periódicos eletrônicos em psicologia (PEPSIC), para verificar estudos que discutissem sobre o TEA e o desenvolvimento infantil, como critérios de inclusão foram selecionados estudos que destacassem o desenvolvimento infantil de crianças

com TEA e possíveis áreas do desenvolvimento com defasagem e para os critérios de exclusão eram excluídos estudos que não comentassem sobre o desenvolvimento de criança com TEA, abaixo, ressaltam alguns desses estudos encontrados.

Zanon, Backes e Bosa (2014) produziram um estudo, que teve como objetivo investigar as dificuldades específicas do espectro autismo percebidas pelos pais nos primeiros anos de vida do filho, bem como a idade da criança em ocasião. A pesquisa foi do tipo retrospectivo e descritivo, tendo como base um banco de dados internacional. Participaram do estudo 32 crianças em idade pré-escolar, que foram atendidas no *Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC)*, em Ohio (EUA) nos anos de 2008 e 2009, sendo que todas apresentavam diagnóstico de TEA. O estudo teve como instrumento a ADI-R, que é uma entrevista semiestruturada direcionada aos responsáveis das crianças. Como resultados, o estudo indicou que os pais das crianças com TEA conseguiram identificar dificuldades no desenvolvimento dos filhos em média aos dois anos de idade da criança. Os sinais que notaram relacionavam-se ao desenvolvimento da linguagem, em específico ao desenvolvimento da fala, seguido por dificuldades no comportamento social e comportamentos repetitivos e estereotipados.

Zaqueu, Teixeira, Carvalho e Paula (2015) desenvolveram um estudo que teve como objetivo buscar associações entre sinais precoces do TEA, atrasos de desenvolvimento infantil e falhas nas habilidades de atenção compartilhada. A pesquisa contou com 92 participantes sendo crianças de (16 – 24 meses), de cinco creches de Barueri. Os instrumentos utilizados para a realização da pesquisa foram o Teste de Triagem de Desenvolvimento de DENVER (Development Screening Test- DENVER II), que avaliava os indicadores globais do desenvolvimento a partir de quatro áreas: desenvolvimento neuropsicomotor, pessoal — social, habilidades da motricidade fina, habilidades da motricidade grossa e linguagem; a Escala para Rastreamento Precoce de Autismo (Modified Checklist for Autism in Toddlers — M-CHAT) e a Escala de Comunicação da Primeira Infância (Pictorial Infant Communication Scales- PICS). Os resultados do estudo indicaram que 28,3% das 92 crianças demonstraram atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. No grupo de crianças que foi apresentado esse atraso, 53% apresentaram falhas em apenas uma área do desenvolvimento; 30% tiveram falhas em duas áreas e 7,70% falharam em três ou quatro áreas do desenvolvimento. As falhas foram observadas com maior frequência na área da linguagem e na área pessoal e social.

Gutierrez (2020) elaborou uma pesquisa que teve como objetivos caracterizar a visão

dos pais sobre o desenvolvimento das crianças com autismo, desde os seis meses até os três anos de idade e identificar e caracterizar os comportamentos relativos ao desenvolvimento social em crianças com autismo, durante os primeiros seis meses da vida até os três anos de idade. O estudo foi do tipo retrospectivo e descritivo, sendo realizado em uma Instituição de atendimento a pessoas com autismo e teve a participação de 30 pais de crianças com diagnóstico de TEA. A pesquisa contou com um roteiro de entrevista semiestruturado baseado no Manual do Inventário Portage e na Escala do Desenvolvimento Infantil. Os resultados do estudo indicaram que 40% dos pais notaram comportamentos atípicos nas crianças aos 24 meses, e 20% durante os 18 primeiros meses. Os comportamentos observados foram a dificuldade ou incapacidade da criança em imitar os gestos das pessoas presentes no seu ambiente de convívio e interesses restritos por objetos que não eram brinquedos. Também foi verificado que das 30 crianças que participaram do estudo, 83% sofreram regressão no desenvolvimento, sendo a área da linguagem a mais afetada, especificamente a fala, seguida de comportamentos da área social e motora.

Homercher et al. (2020) desenvolveram um estudo que teve como objetivo apresentar e discutir os primeiros sinais do transtorno observados por mães ao longo do desenvolvimento dos seus bebês que, posteriormente, na infância, foram diagnosticados com TEA. O estudo teve como método um delineamento quali-quantitativo retrospectivo, em que participaram 27 mães de crianças com TEA. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada que, em seguida, passou por uma análise de conteúdo. Os sinais pontuados pelas mães foram listados, agrupados por áreas e expostos a uma análise estatística descritiva. Como resultados foram observados sinais relacionados a alterações da linguagem (35%); alterações comportamentais (20%); isolamento social (18%); alterações comportamentais sensoriais (17%); e perturbações no desenvolvimento motor (10 %). A maioria das mães observou os sinais de alerta para o TEA nos primeiros meses de vida dos filhos, os sinais analisados relacionaram-se a linguagem, comportamento e isolamento social. Entretanto, nenhuma mãe associou esses sinais a possíveis problemas no desenvolvimento do bebê.

Melo et al. (2021) realizaram uma pesquisa que teve como objetivos refletir, por meio da literatura científica, o impacto do TEA no desenvolvimento infantil, quais aspectos do desenvolvimento infantil eram os mais afetados pelo Autismo e analisar o processo de aprendizagem da criança autista. O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica qualitativa desenvolvida a partir de uma revisão integrativa, em que

sistematizaram e ordenaram pesquisas sobre o tema em questão. Como resultados, o estudo concluiu que os aspectos mais afetados pelo TEA eram os de atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, em específico a motricidade global, equilíbrio e linguagem.

Apoiado nos estudos supracitados, pode-se notar que, a maioria dos estudos constatou impactos do TEA sobre o desenvolvimento das crianças com a especificidade. No entanto dentre todos os estudos destacados, observa-se que apenas um estudo baseou-se no Manual do Inventário Portage. Considerando que crianças com TEA podem apresentar atrasos em diferentes áreas do desenvolvimento, o presente estudo teve por objetivos: (a) analisar o desenvolvimento motor, linguístico, social, cognitivo e de autocuidados de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, segundo a opinião das mães; (b) Compreender os sinais e o diagnóstico dessas crianças com Transtorno do Espectro Autista e (c) Descrever os serviços e as necessidades das famílias.

2. MÉTODO

A presente pesquisa tem dois delineamentos: descritivo e exploratório. As pesquisas descritivas referem-se à descrição das características de determinado grupo, ou o estabelecimento de relações entre diferentes variáveis. As pesquisas exploratórias visam buscar uma maior familiaridade com o problema que é pouco investigado, tendo como intenção o torná-lo mais visível (GIL, 2002).

2.1 Participantes

Essa pesquisa contou com a participação de três mães de crianças diagnosticadas com TEA, entre a faixa etária de três a cinco anos. A seguir terá uma breve descrição de cada participante: A mãe da criança A1 era gerente administrativa tinha 44 anos e teve o filho com 36 anos. A mãe da criança A2 era pedagoga, tinha 32 anos e teve o filho com 29 anos e a mãe da criança A3 era enfermeira tinha 42 anos e teve o filho com 37 anos. Em relação, a classificação das mães no Critério Brasil, tem-se que a participante A1 está classificada como B1, as participantes A2 e A3 como C1.

2.2 Aspectos Éticos

Antes de iniciar a pesquisa, foi encaminhado o projeto de pesquisa ao comitê de ética

da Universidade Federal de São Carlos. Após a aprovação do comitê de ética (CAEE: 63136522.6.0000.5504) iniciou-se o recrutamento dos participantes e a coleta de dados. Os responsáveis receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para consentir a participação dos seus filhos e a sua participação. Essa pesquisa faz parte de uma pesquisa de mestrado intitulada “Desenvolvimento de crianças com autismo e a relação como o suporte social e a satisfação parental”. Dessa forma, a coleta de dados, assim como a aprovação do comitê de ético estavam relacionadas a tal pesquisa. Os participantes foram informados dessa condição.

2.3. Medidas avaliativas

- a) **Roteiro de entrevista semiestruturado:** O roteiro foi elaborado e organizado para contemplar os objetivos da presente pesquisa. Para a sua construção houve a participação de duas mestrandas em Educação Especial e uma docente do ensino superior. O roteiro contém seis questões abertas, relacionadas a aspectos da criança com TEA: diagnóstico, nível de apoio e serviços de suporte (APÊNDICE C).
- b) **Questionário Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP, 2012):** Trata-se de um questionário que avalia a posse de bens materiais e o grau de escolarização do responsável da família. Os dados obtidos contribuem para a classificação do poder aquisitivo em cinco classes (A, B, C, D e E), que são subdivididas em A1, A2, B1, B2, C1, C2. A classe A corresponde ao maior poder aquisitivo e a classe E ao menor poder aquisitivo.
- c) **Inventário Portage Operacionalizado - IPO (WILLIAMS; AIELLO, 2018):** É um instrumento de avaliação que descreve comportamentos de crianças entre 0 a 6 anos de idade, sendo organizado em 580 itens (comportamentos) que encontram-se dispostos em cinco áreas do desenvolvimento: Socialização (83 itens); Cognição (108 itens); Linguagem (99 itens); Autocuidados (105 itens) e Desenvolvimento Motor (140 itens). O observador, ao utilizar o instrumento, deve avaliar os comportamentos referentes a uma faixa etária anterior a da criança analisada, visto que, para avançar a faixa etária seguinte é necessário que a criança tenha apresentado 15 acertos sucessivos ou 75% de acerto em todas as áreas (BARCELLOS et al., 2013; WILLIAMS; AIELLO, 2018).

2.4. Local da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio digitais, sendo utilizado a plataforma *google meet* para a realização das entrevistas e aplicação do Inventário Portage e *google forms* para aplicação do questionário Critério Brasil.

2.5. Procedimentos da coleta de dados

Após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em Pesquisas com Seres Humanos, para a realização da coleta de dados, inicialmente, foi elaborado um folder explicativo sobre a pesquisa, que foi utilizado para divulgação em redes sociais: facebook, instagram e grupos da universidade. Além disso, algumas mães que tiveram contato com esse folder compartilharam em grupos sociais. Sendo assim, os participantes do estudo foram encontrados via redes sociais e por conveniência. No total, para a pesquisa maior teve a participação de 20 participantes. Para esse estudo, foram três participantes selecionados, de forma aleatória.

As mães que tinham interesse em participar da pesquisa, entraram em contato com a pesquisadora, em que realizou uma breve apresentação da pesquisa, dos objetivos e das etapas para coleta de dados. Na sequência, eram agendadas as coletas, que foram realizadas de acordo com a disponibilidade das mães e pela plataforma do *google meet*, a pedido das mesmas devido a pandemia do COVID-19.

Primeiramente, foi enviado via *WhatsApp*, para cada mãe, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com explicações e esclarecimentos sobre a presente pesquisa, para que pudessem realizar a leitura e assinatura, permitindo assim a sua participação e o uso das informações que fossem obtidas.

Logo após, foi realizado pelo *WhatsApp*, o envio do link de acesso ao *google meet* a cada participante. A ordem dos instrumentos utilizados consistiu, em primeiro a realização da entrevista semiestruturada, sendo todas as respostas das participantes gravadas, mediante a autorização das mesmas para posteriormente a realização das transcrições.

Em seguida, a aplicação do questionário Critério Brasil pelo *google forms*, com o link enviado após a finalização da entrevista. Logo depois, a aplicação do questionário Inventário Portage (IPO) com a leitura e explicação de cada item pela pesquisadora e de acordo com as respostas das participantes o preenchimento de “sim” ou “não” para cada item. Durante a aplicação do questionário (IPO), algumas pausas foram realizadas para o esclarecimento de

dúvidas que eram apresentadas pelas participantes e também para se realizar os cálculos das porcentagens de cada área do desenvolvimento presente no instrumento, identificando assim se seria necessário o avanço ou regresso de faixa etária.

Em relação ao IPO, uma adaptação foi realizada em sua aplicação na pesquisa: em sua aplicação os comportamentos das crianças precisavam atingir um determinado critério de desempenho, com base em uma quantidade mínima de respostas corretas para um número de tentativas preliminarmente definido. No entanto, para a realização da pesquisa as famílias responderam “sim”, quando a criança indicava o comportamento e “não” para quando a criança não indicava o comportamento. As mães não aplicaram o instrumento, elas somente falaram se a criança tinha habilidade ou não.

Ainda em relação a aplicação do IPO, quanto a aplicação do instrumento algumas normativas foram seguidas. O início do inventário ocorre pela faixa etária antecedente a que a criança estava. Em situações do participante demonstrar 75% de acertos em todas as áreas do desenvolvimento, haveria o avanço para faixa etária seguinte. Em situações de o participante não atingir 75% nas áreas do desenvolvimento, haveria o regresso para a faixa etária anterior, tendo como limite o regresso em duas faixas etárias, além da que já teria sido realizada anteriormente.

Para a análise e coleta de dados contou-se com a colaboração de uma aluna de mestrado, que auxiliou todo o processo.

2.6 Procedimentos da análise de dados

Os dados coletados por meio do Critério Brasil e do Inventário Portage Operacionalizado eram quantitativos e foram analisados de acordo com as normativas de cada instrumento. Os dados do Critério Brasil foram utilizados para caracterizar as participantes, sendo que os mesmos foram classificados por renda. Os dados do Inventário Portage Operacionalizado foram analisados por meio de porcentagens de acertos por área e por faixa etária, separada para cada participante.

Os dados referentes ao roteiro de entrevista semiestruturado eram qualitativos e foram analisados por meio de categorias com base nas questões. Após a análise de todos os dados, os mesmos foram transcritos para cada participante separadamente.

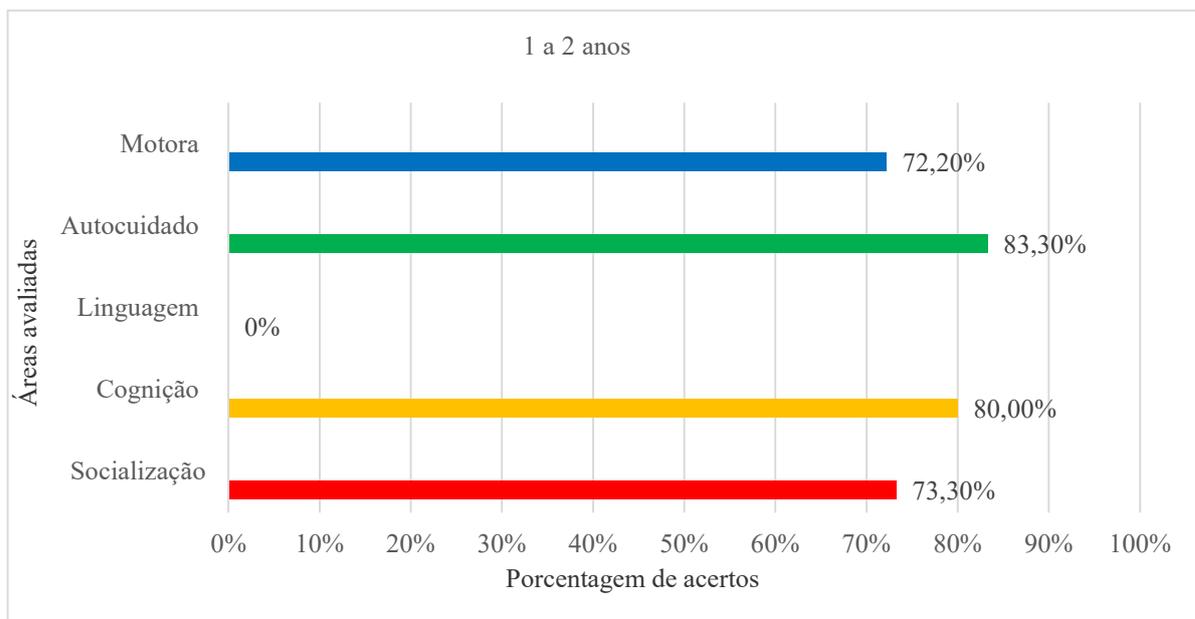
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados por crianças, cujas as mães responderam sobre os filhos, incluindo os dados referentes a avaliação do desenvolvimento infantil, por meio do Inventário Portage Operacionalizado e o histórico da criança. A fim de melhor exposição dos dados, serão apresentados primeiramente todos os gráficos de cada participante e, posteriormente, a descrição dos gráficos e a referida discussão.

Características do desenvolvimento da criança 1

A criança 1 é do sexo masculino e possuía quatro anos de idade. Dessa forma, seguindo as normativas do Inventário Portage Operacionalizado realizou-se a aplicação na faixa etária de um ano anterior, ou seja, de 3 a 4 anos de idade, na sequência, foram aplicados de 2 a 3 anos e de 1 a 2 anos. O Gráfico 1 destaca as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A1, na faixa etária de 1 a 2 anos.

Gráfico 1. Porcentagem de acertos da criança A1, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 1 a 2 anos

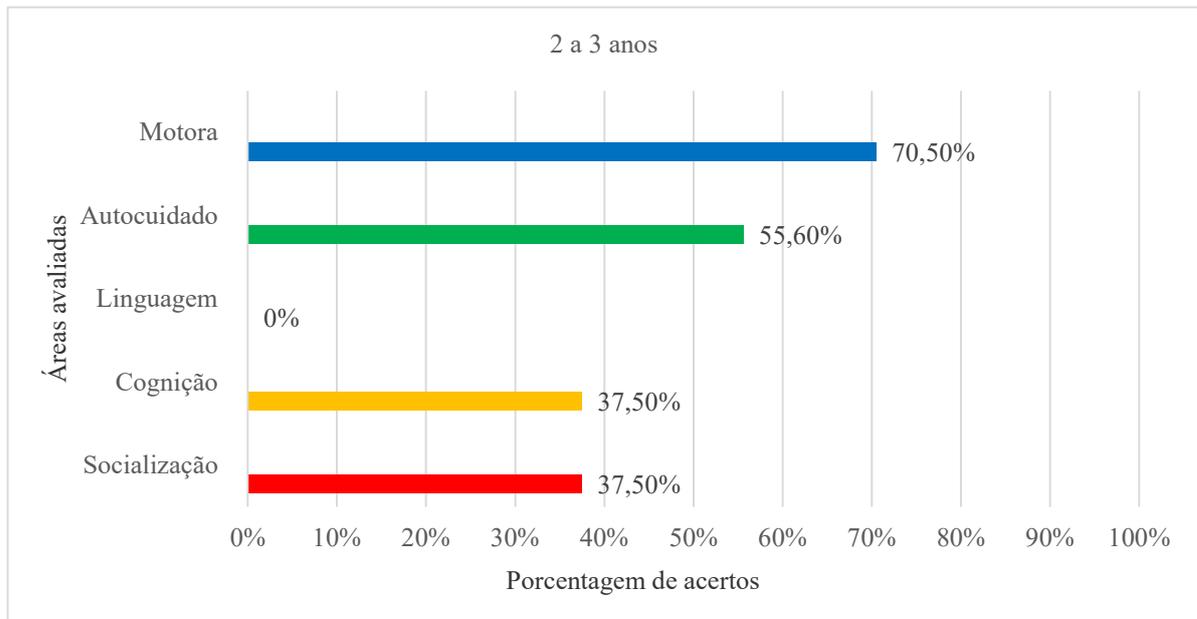


Nota1: Na área de socialização de 15 itens a criança teve 11 acertos. Na área de cognição de 10 itens teve 8 acertos. Na área de linguagem de 18 itens teve 0 acertos. Na área de autocuidado de 12 itens teve 10 acertos e, por fim, na área motora de 18 itens teve 13 acertos.

Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 2 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A1, na faixa etária de 2 a 3 anos.

Gráfico 2. Porcentagem de acertos da criança A1, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 2 a 3 anos

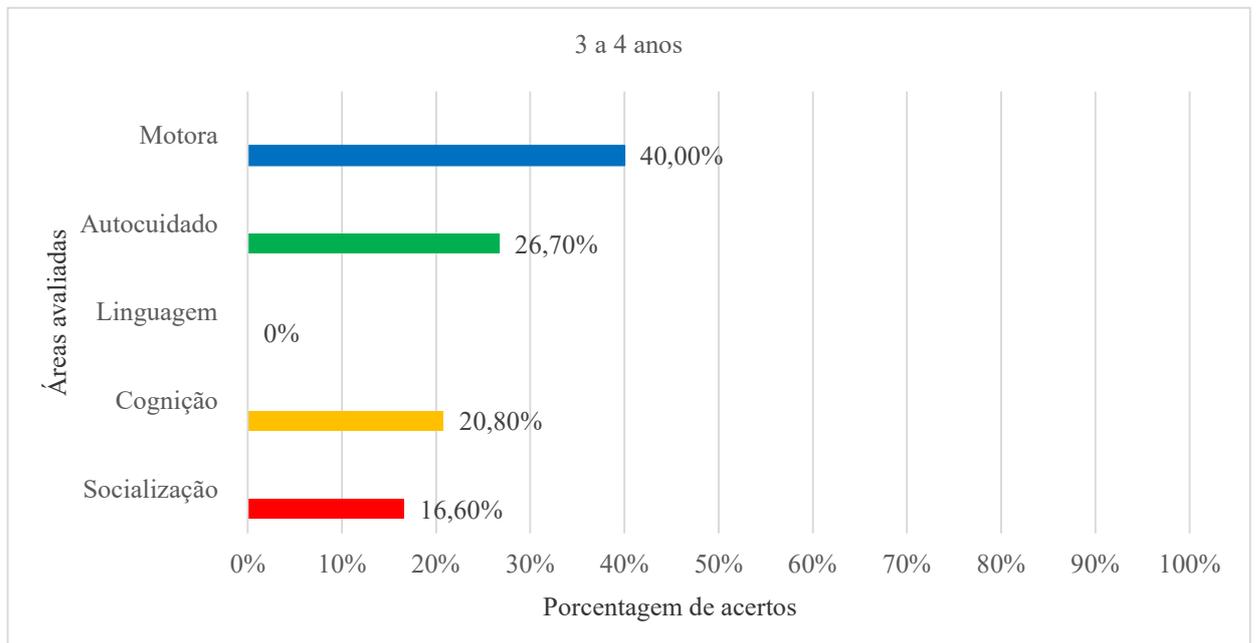


Nota: Na área de socialização de 8 itens a criança A1 teve 3 acertos. Na área de cognição de 16 itens teve 6 acertos. Na área de linguagem de 30 itens teve 0 acertos. Na área de autocuidado de 27 itens teve 15 acertos e, por fim, na área motora de 17 itens teve 12 acertos.

Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 3 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A1, na faixa etária de 3 a 4 anos.

Gráfico 3. Porcentagem de acertos da criança A1, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 3 a 4 anos



Nota: Na área de socialização de 12 itens a criança teve 2 acertos. Na área de cognição de 24 itens teve 5 acertos. Na área de linguagem de 12 itens teve 0 acertos. Na área de autocuidado de 15 itens teve 4 acertos e, por fim, na área motora de 15 itens teve 6 acertos

Fonte: Autoria própria.

Segundo os dados dos Gráficos 1, 2 e 3, a criança A1 não obteve porcentagem de acerto na área de linguagem, considerando as faixas etárias de 3 a 4 anos, 2 a 3 anos e 1 a 2 anos. Dessa forma, a linguagem foi a área com maior comprometimento, de acordo com a mãe da criança.

A área de autocuidado foi a que a criança marcou maior porcentagem de acertos 83,30% entre as faixas etárias de 1 a 2 anos, entretanto, com queda nas demais faixas de 2 a 3 anos e de 3 a 4 anos (55,60% e 26,70%, respectivamente). As áreas de socialização e de cognição tiveram uma porcentagem de acerto elevada na faixa etária de 1 a 2 anos (73,30% e 80,00%, respectivamente), mas com queda na faixa etária de 2 a 3 anos (37,50% e 37,50%, respectivamente) e de 3 a 4 anos (16,60% e 20,80%, respectivamente). Por fim, na área motora, a criança registrou 72,20% entre a faixa etária de 1 a 2 anos, 70,50% na faixa etária de 2 a 3 anos e 40,00% na faixa etária de 3 a 4 anos.

Em relação aos dados referentes ao histórico da criança A1, tem-se que ele recebeu diagnóstico quando tinha 1 ano e 9 meses de idade. De acordo com os relatos da mãe, ela buscou ajuda por perceber que a criança não respondia mais ao chamar pelo nome, havia

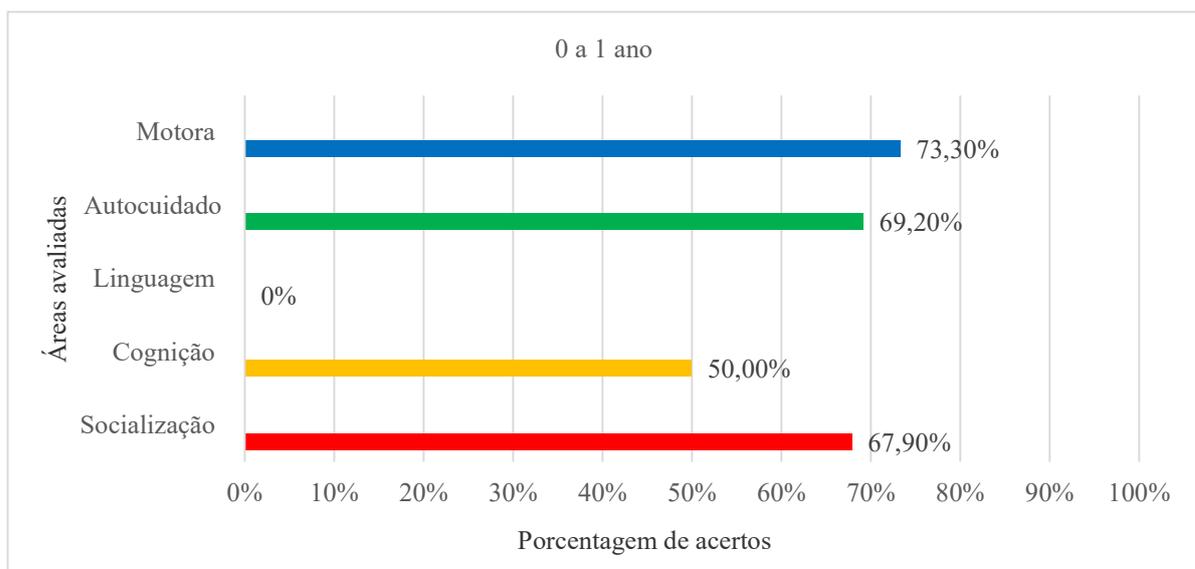
parado de falar, imitar e não brincava mais. A criança estava no nível 3 de apoio em que requer mais suporte para as atividades de vida diária.

Como serviços de apoio, a criança frequentava uma clínica terapêutica três vezes na semana, em que recebia atendimento com fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapia e musicoterapia, também recebia atendimento especializado na escola cinco vezes na semana e realizava dois atendimentos particular em casa durante a semana. A criança passou por mudanças nos atendimentos, em que foram substituídos dois atendimentos na clínica por atividades em casa, para trabalhar atividades de vida diária. A mãe relatou que gostaria de receber como suporte psicoterapia familiar.

Características do desenvolvimento da criança 2

A criança A2 é do sexo masculino e possuía três anos e oito meses de idade. Dessa forma, seguindo as normativas do Inventário Portage Operacionalizado realizou-se a aplicação na faixa etária de um ano anterior, ou seja, de 2 a 3 anos de idade, na sequência, foram aplicados de 1 a 2 anos e de 0 a 1 ano. O Gráfico 4 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A2, na faixa etária de 0 a 1 ano.

Gráfico 4. Porcentagem de acertos da criança A2, por área do desenvolvimento Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 0 a 1 ano

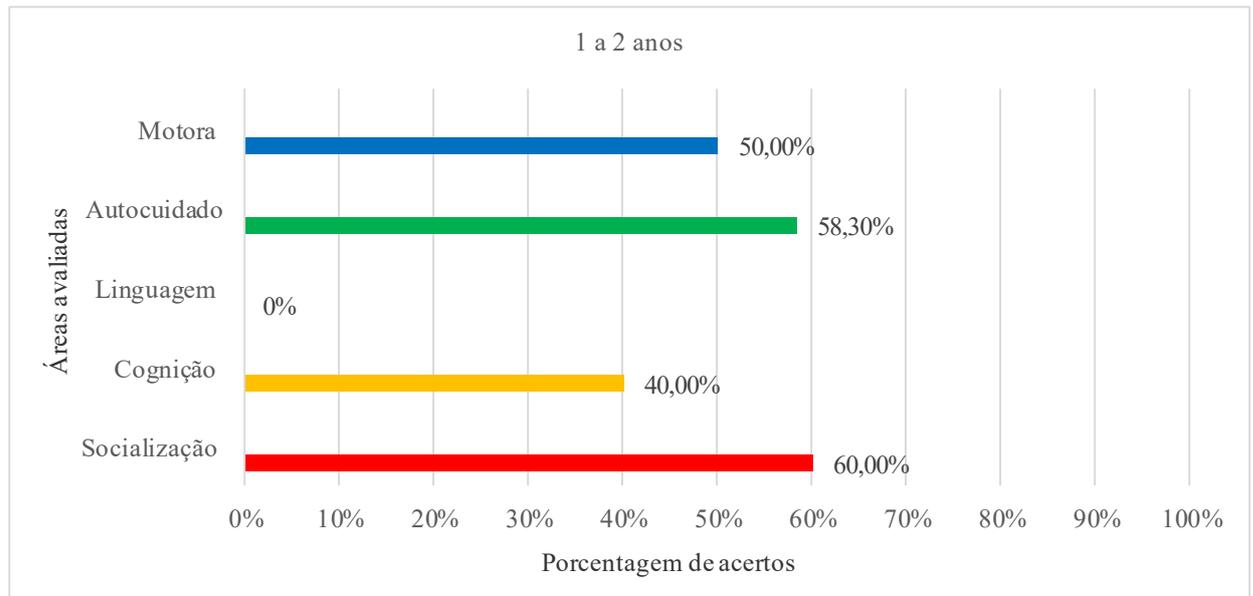


Nota: Na área de socialização de 28 itens a criança teve 19 acertos. Na área de cognição de 14 itens teve 7 acertos. Na área de linguagem de 10 itens teve 0 acertos. Na área de autocuidado de 13 itens teve 9 acertos e, por fim, na área motora de 45 itens teve 33 acertos.

Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 5 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A2, na faixa etária de 1 a 2 anos.

Gráfico 5. Porcentagem de acertos da criança A2, por área do desenvolvimento Portage Operacionalizado, na faixa etária de 1 a 2 anos

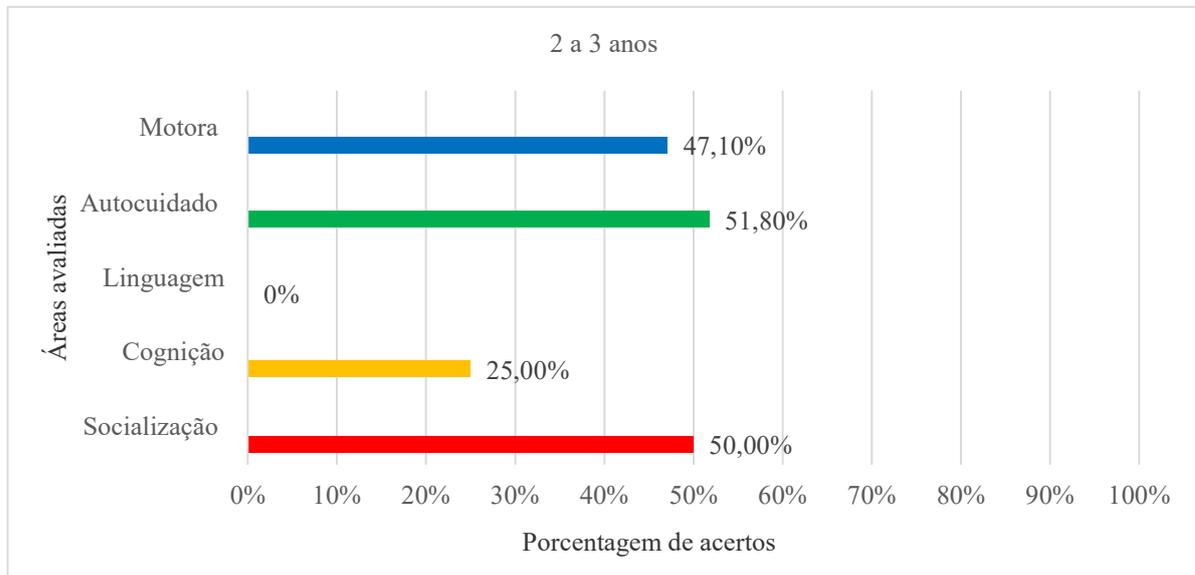


Nota: Na área de socialização de 15 itens a criança teve 9 acertos. Na área de cognição de 10 itens teve 4 acertos. Na área de linguagem de 18 itens teve 0 acertos. Na área de autocuidado de 12 itens teve 7 acertos e, por fim, na área motora de 18 itens teve 9 acertos.

Fonte: Aatoria Própria.

O Gráfico 6 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento, do Inventário Portage Operacionalizado da criança A2, na faixa etária de 2 a 3 anos.

Gráfico 6. Porcentagem de acertos da criança A2, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 2 a 3 anos



Nota: Na área de socialização de 8 itens da criança teve 4 acertos. Na área de cognição de 16 itens teve 4 acertos. Na área de linguagem de 30 itens teve 0 acertos. Na área de autocuidado de 27 itens teve 14 acertos e na área motora de 17 itens teve 8 acertos.

Fonte: Autoria própria.

Conforme os dados dos Gráficos 4, 5 e 6, a criança A2 não adquiriu porcentagem de acertos na área de linguagem, em relação as faixas etárias de 2 a 3 anos, 1 a 2 anos e 0 a 1 ano. A área de linguagem foi também a maior área de comprometimento dessa criança.

Em relação ao desenvolvimento motor, a criança A2 obteve 73,30%, 50,00% e 47,10% de acertos, nas faixas etárias de 0 a 1 ano, de 1 a 2 anos e de 2 a 3 anos, respectivamente. Na área de autocuidado, a criança A2 alcançou 69,20% de acertos entre a faixa etária de 0 a 1 ano, 58,30% de acertos entre as faixas de 1 a 2 anos e 51,80% nas faixas etárias 2 a 3 anos. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, A2 obteve 50,00% de acertos na faixa etária de 0 a 1 ano, na faixa etária de 1 a 2 anos 40,00% e na faixa etária de 2 a 3 anos 25,00%. Por fim, na área de socialização, A2 obteve, entre as faixas etárias de 0 a 1 ano 67,90% de acertos, de 1 a 2 anos 60,00% de acertos e de 2 a 3 anos 50,00% de acertos.

Em relação ao histórico da criança A2, ele foi diagnosticado quando tinha dois anos e quatro meses de idade. Segundo a mãe, houve a procura por apoio, pois aos nove meses da criança, ela percebeu que o filho não fazia interação básica de comunicação. A criança estava no nível 2 de apoio, em que precisava de um pouco mais de apoio em sua rotina. Como serviços, a criança recebia atendimento com psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga,

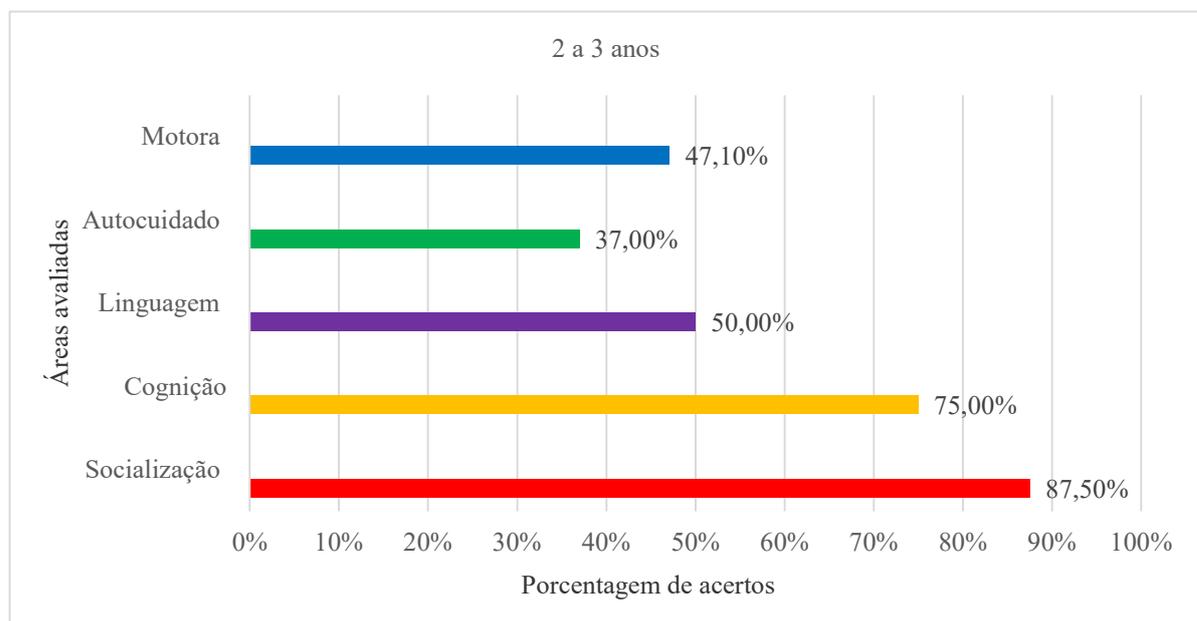
musicoterapia, acompanhamento com aplicadora de Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e auxiliar de sala. A criança parou com os atendimentos com a AEE em 2022, por conflitar com a sua agenda de terapias, mas começará novamente em fevereiro de 2023. A mãe comentou que gostaria de receber como suporte serviços públicos de qualidade, já que todos os atendimentos da criança eram realizados pelo convênio.

Características do desenvolvimento da criança 3

A criança 3 é do sexo masculino e possuía cinco anos e quatro meses de idade. Com isso, seguindo as normativas do Inventário Portage Operacionalizado realizou-se a aplicação na faixa etária de um ano anterior, ou seja, de 4 a 5 anos de idade, na sequência, foram aplicados de 3 a 4 anos e 2 a 3 anos.

O Gráfico 7 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A3, na faixa etária de 2 a 3 anos.

Gráfico 7. Porcentagem de acertos da criança A3, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 2 a 3 anos

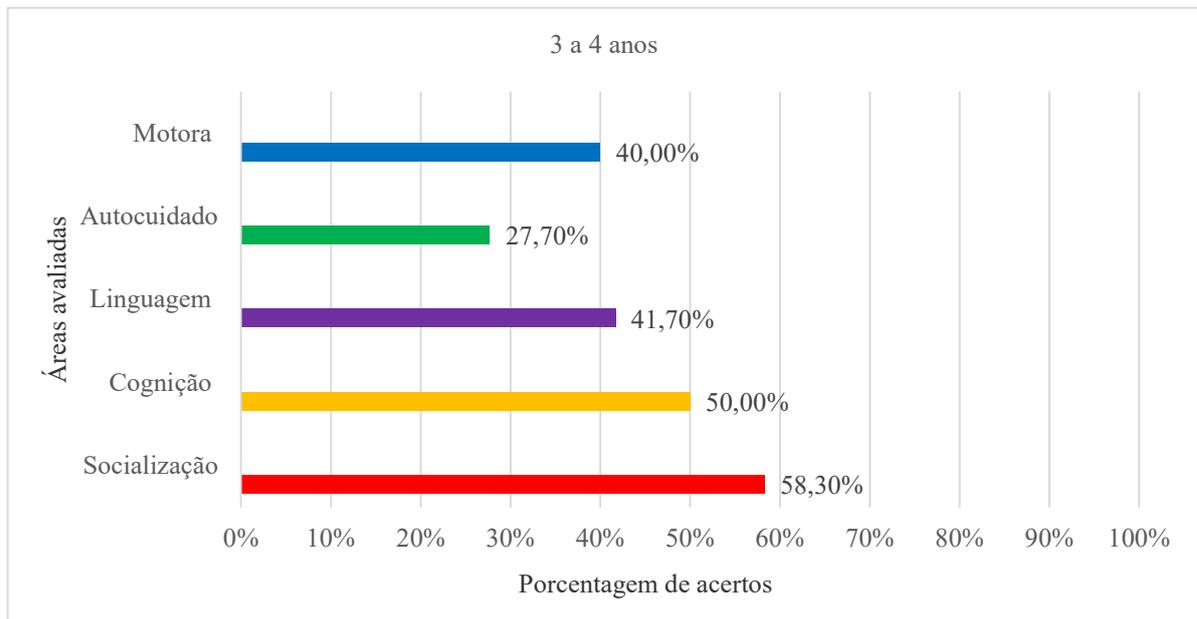


Nota: Na área de socialização de 8 itens a criança teve 7 acertos. Na área de cognição de 16 itens teve 12 acertos. Na área de linguagem de 30 itens teve 15 acertos. Na área de autocuidado de 27 itens teve 10 acertos e, por fim, na área motora de 17 itens teve 8 acertos.

Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 8 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A3, na faixa etária de 3 a 4 anos.

Gráfico 8. Porcentagem de acertos da criança 3, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 3 a 4 anos

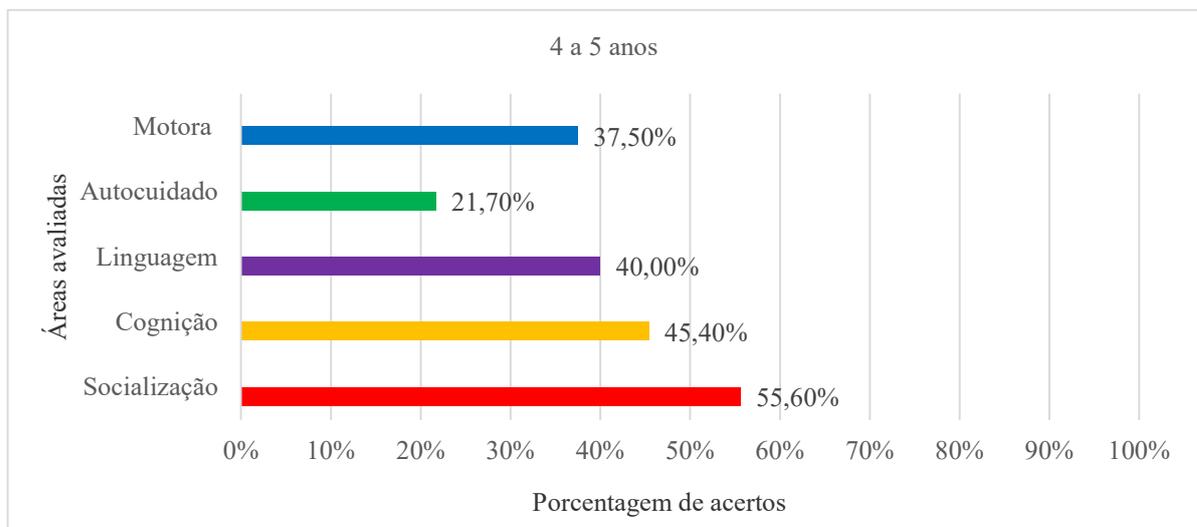


Nota: Na área de socialização de 12 itens a criança teve 7 acertos. Na cognição de 24 itens teve 12 acertos. Na área de linguagem de 12 itens teve 5 acertos. Na área de autocuidado de 15 itens teve 4 acertos e, por fim, na área motora de 15 itens teve 6 acertos – 40.

Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 9 mostra as porcentagens de acerto, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, da criança A3, na faixa etária de 4 a 5 anos.

Gráfico 9. Porcentagem de acertos da criança 3, por área do desenvolvimento do Inventário Portage Operacionalizado, na faixa etária de 4 a 5 anos



Nota: Na área de socialização de 9 itens a criança teve 5 acertos. Na área de cognição de 22 itens teve 10 acertos. Na área de linguagem de 15 itens teve 6 acertos. Na área de autocuidado de 23 itens teve 5 acertos e na área

motora de 16 itens teve 6 acertos.
Fonte: Autoria própria.

De acordo com os Gráficos 7, 8 e 9 da criança A3, a área em que registrou maior porcentagem de acertos foi a área de socialização, em que marcou 75,0% de acertos na faixa etária de 2 a 3 anos, 58,3% de acertos na faixa etária de 3 a 4 anos e 55,5% na faixa etária de 4 a 5 anos.

No desenvolvimento cognitivo, a criança A3 registrou 87,50% acertos na faixa etária de 2 a 3 anos, 58,30% de acertos entre a faixa etária de 3 a 4 anos e 55,60% de acertos na faixa etária de 4 a 5 anos.

Em relação ao desenvolvimento motor, a criança A3 obteve 37,50% de acertos, entre a faixa etária de 4 a 5 anos, 40,00% na faixa etária de 3 a 4 anos e 47,10% na faixa etária de 2 a 3 anos. Na área da linguagem, marcou 50,00% de acertos na faixa etária de 2 a 3 anos, 41,70% de acertos na faixa etária de 3 a 4 anos e 40,00% de acertos na faixa etária de 4 a 5 anos. Já, a porcentagem de menor números de acertos da criança foi a área de autocuidado, em que registrou 21,70% de acertos, entre a faixa etária de 4 a 5 anos, 27,70% de acertos na faixa etária de 3 a 4 anos e 37,00% de acertos na faixa etária de 2 a 3 anos.

A criança A3 recebeu diagnóstico com dois anos de idade. Conforme relatos da mãe, ela procurou por ajuda por observar que a criança não atendia ao ser chamado, não fixava o olhar, andava nas pontas dos pés, tinha apego a detalhes, atraso na fala, não dava função correta a brinquedos e não aceitava ficar com ninguém. A criança estava no nível 3 de apoio, em que necessitava de mais apoio para as atividades de vida diária. Como serviços de apoio, a criança recebia atendimento com fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e psicoterapia. Devido a mudança de cidade, a criança teve que parar com os atendimentos com a musicoterapia e na cidade que morava atualmente não havia profissional. A mãe mencionou que gostaria de receber como suporte apoio emocional.

Conforme relatos das três mães, os diagnósticos dos filhos foram recebidos logo na primeiríssima infância, aproximadamente aos dois anos. De acordo com Zanon, Backes e Bosa (2014), os pais que participaram do seu estudo conseguiram identificar sinais do TEA durante os dois anos de vida do filho, sendo citado o comportamento social e o atraso na fala como um dos primeiros sinais observados por eles.

De fato, aproximadamente entre os 18 meses da criança nota-se uma preocupação dos pais sobre o desenvolvimento do filho. Visto que, nesse período é possível identificar a presença de alguns comportamentos atípicos como: atraso na linguagem ou regressão da

mesma, falta de contato visual com os pais ou com outras pessoas, ausência de resposta ao ser chamado pelo nome e dificuldade em brincar de faz de contas (WILLIAMS; WRIGHT, 2008).

Ainda corroborando com os dados do presente estudo, Zaqueu et al. (2015) apontam que possíveis atrasos no desenvolvimento de crianças com TEA devem e podem ser identificados precocemente, sendo observado que entre as áreas do desenvolvimento a da linguagem era a mais frequente afetada. De fato, segundo relatos das mães, elas começaram a se preocupar de as crianças não atenderem a chamados, não falarem e não interagirem socialmente.

Ressalta-se, em específico, A criança A1, pois se observa que a mãe cita a perda da fala e o não atender ao ser chamado como os sinais que a fizeram buscar por apoio. É possível analisar que a criança A1 chegou a desenvolver a fala, mas, ao longo do seu desenvolvimento, foi perdendo a linguagem. De fato, algumas crianças com TEA parecem desenvolver determinadas habilidades, e posteriormente perdê-las (WILLIAMS; WRIGHT, 2008).

Os pais, ao analisarem os comportamentos iniciais dos filhos, percebem que alguns diferem do de outras crianças com desenvolvimento típico, já que, na maioria das vezes, esses sinais começam a aparecer desde cedo (WHITMAN, 2015).

Conforme ressalta Mansur et al. (2017), os pais e cuidadores são frequentemente os primeiros a identificarem sinais de atrasos no desenvolvimento dos filhos. Por meio das falas das mães percebe-se que efetivamente a identificação dos sinais de TEA nos filhos ocorreram inicialmente por elas. Durante a própria infância é possível notar a presença de alguns sinais de TEA (COSTA, 2020). Para que pais, mães e cuidadores principais das crianças observem possíveis atrasos no desenvolvimento, eles precisam entender como ocorrem as fases do desenvolvimento infantil, os marcos do desenvolvimento, principalmente do zero aos três anos de idade (MANSUR et al., 2017). Essa identificação dos sinais ocorre por meio de contato face a face, a nível microssistêmico e só é possível se tais contatos ocorrem com frequência e com regularidade (BRONFENBRENNER, 2011).

Nesse sentido, a mãe da criança A2 destacou que observou sinais no filho aos nove meses, pois o mesmo não fazia interação básica de comunicação. De fato, “Cuidadores, pais e profissionais, da saúde e da educação são capazes de apontar alterações comportamentais nas crianças antes de as mesmas completarem 12 meses de idade” (MANSUR et al., 2017, p.35).

A identificação de sinais precoces de autismo é importante, para que as crianças sejam

encaminhadas o mais breve possível para centros de intervenção precoce. A intervenção precoce pode contribuir significativamente para o processo de desenvolvimento das crianças com TEA, proporcionando ganhos favoráveis e duradouros em seu desenvolvimento (GADIA et al., 2004). Isso porque, a intervenção precoce é capaz de minimizar os possíveis comprometimentos cognitivos do indivíduo com TEA, o ajudando na adaptação de novas habilidades. A relevância da intervenção precoce se dá principalmente devido à plasticidade cerebral, que durante a infância é o período de maior flexibilidade do cérebro que demonstra diminuir ao longo do desenvolvimento (MARCO et al., 2021).

Conforme destaca Pinheiros:

O cérebro em desenvolvimento é plástico, ou seja, capaz de reorganização de padrões e sistemas de conexões sinápticas com vista à readequação do crescimento do organismo às novas capacidades intelectuais e comportamentais da criança (PINHEIRO, 2007, p.44).

Assim, pode-se compreender que a plasticidade cerebral permite com que a pessoa aprenda e reaprenda sistematicamente habilidades que não possui ou que por algum motivo perdeu ao longo da vida (MARCO et al., 2021).

Nesse sentido, nota-se pelos relatos das mães dos participantes que os filhos receberam, desde o diagnóstico, o acesso a programas de intervenção precoce. Entretanto, a maioria dos serviços de intervenções realizados pelos participantes era privado, conforme cita a mãe da criança A2, ela gostaria de receber serviços públicos de qualidade ao filho, já que todos o do filho são realizados pelo convênio. Contudo, os serviços públicos disponíveis são limitados e com a presença de longas filas de espera (PEREIRA; BORDINI; ZAPPITELLI, 2017). Corroboram com esses dados o estudo de Araujo (2017), que destaca que 47% dos seus participantes indicaram enfrentar dificuldades com o acesso a intervenções devido à falta de vagas e filas de espera.

Tais dados são importantes, pois por lei as crianças com TEA e seus familiares têm direito de receber serviços de qualidade desde a primeira infância. O Art. 2º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que tem como diretriz “a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com Transtorno do Espectro Autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes” (BRASIL, 2012) e também com o Art. 15º da lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 que destaca como diretriz a “oferta de rede de serviços articulados, com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades específicas da pessoa com

deficiência” (BRASIL, 2015). Apesar de existirem leis que asseguram o direito das pessoas com deficiência ao acesso a serviços de intervenções multiprofissional, ainda se encontra desafios no alcance desses serviços, no que se refere a rede pública, sendo necessário, na maioria das vezes, recorrer a serviços privados.

Tal fato, relaciona-se com o macrossistema citado por Bronfenbrenner, em que menciona os sistemas políticos como elementos de influência sobre o desenvolvimento do indivíduo e das pessoas com quem convive (NARVAZ; KOLLER, 2004). A falta de serviços públicos para as pessoas com TEA, aponta para uma falta de ações por parte dos sistemas políticos para o favorecer o desenvolvimento e o bem-estar desse público e das famílias.

Faltam políticas públicas que garantam serviços de apoio as crianças com TEA e aos familiares. Pois, conforme cita as mães das crianças A1 e A3, elas gostariam de ter acesso à psicoterapia familiar e ao suporte de apoio emocional. É importante que as famílias sejam assistidas em todo o processo de atendimento, por meio de terapias de apoio emocional e social, pois muitos pais sentem falta de informações ou mesmos têm dificuldade em saber como lidar com os comportamentos dos filhos com autismo e em como estimulá-los (SPINAZOLA; CIA; AZEVEDO; GUALDA, 2018).

A existência de políticas públicas para as pessoas com TEA é fundamental. No entanto, é necessário um olhar também sobre as famílias, em específico para as mães, que são as que normalmente assumem as maiores responsabilidades no cuidado com os filhos (MORAES, 2022). Muitas mães, por precisarem acompanhar os filhos em intervenções, deixam os seus trabalhos para se dedicarem integralmente aos cuidados do filho com TEA (DALPRÁ, 2016).

Conforme destaca Buscaglia (2006), qualquer evento novo no contexto familiar, como a notícia de um membro com deficiência, pode levar com que toda a rotina da família seja readequada, sendo necessário mudanças em atividades antes definidas. Diante disso, as mães são as que geralmente realizam essas mudanças, deixando os seus trabalhos e diminuindo o tempo com os demais membros da família e amigos.

Os serviços de apoios a essas mães são essenciais, tanto no auxílio sobre os cuidados com o filho com TEA, como também, no suporte emocional sobre as ansiedades e inseguranças que podem as afligirem. O contato das mães com esses serviços pode influenciar diretamente no modo de cuidarem dos filhos com TEA. Confirmando assim o que é destacado por Bronfenbrenner como exossistema, ambientes que a pessoa não é um participante ativo,

mas que influenciam em seu desenvolvimento. Soma-se o fato que as mães normalmente são as que mais estabelecem relações face a face com seus filhos, ou seja, são as principais condutoras dos processos proximais, que por consequência, são um dos elementos geradores do desenvolvimento e tais grupos de apoio aumentariam a qualidade das interações estabelecidas com os seus filhos (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Ainda de acordo com os relatos das mães das crianças, tendo como ênfase os resultados do desenvolvimento dos participantes obtidos por meio do IPO, verifica-se que os mesmos demonstraram dificuldades em diversas áreas do desenvolvimento. Corroborando assim com Zaqueu et al. (2015), ao apontar que crianças com autismo podem ter dificuldades de duas, três ou até mesmo quatro áreas do desenvolvimento.

Para Zauza, Barros e Senra (2015), nas crianças com TEA observam-se diferentes áreas do desenvolvimento com comprometimentos, algumas crianças apresentam dificuldades na área da socialização, em relação à interação e outras a área da linguagem, na comunicação. Sabe-se que as diferentes áreas do desenvolvimento infantil estão entrelaçadas, ou seja, tem influências mútuas (BEE; BOYD, 2004). Dessa forma, a dificuldade em uma área do desenvolvimento pode gerar prejuízos em outras áreas.

Nota-se que a área da linguagem foi recorrente como uma área de defasagem no desenvolvimento de todas as crianças, embora, a criança A3 tenha sido a única a desenvolver a fala. Esses dados também foram apontados nos estudos de Gutierrez (2020), Melo et al. (2021) e Homercher et al. (2020) que destacam a área da linguagem como uma das áreas mais afetadas no desenvolvimento de crianças com TEA. Para Klin (2006), 20% a 30% das crianças com TEA podem não desenvolver a fala. Sobre aqueles que desenvolvem é possível identificar dificuldades na linguagem verbal e não verbal (SILVA, 2020).

As dificuldades na linguagem podem se expressar em diferentes níveis. Algumas crianças não apresentam determinadas habilidades na área da linguagem. Outras demonstram uma linguagem imatura, caracterizada pela presença de ecolalia, reversões de pronomes e uma entonação monocórdica e ainda têm aqueles que demonstram habilidades de comunicação adequadas, mas, enfrentam dificuldades em iniciar ou manter uma conversa (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

A ecolalia presente na linguagem das pessoas com TEA podem ser observadas de duas formas: a ecolalia imediata, sendo a repetição do que foi dito ou a ecolalia tardia, a repetição daquilo que a pessoa escutou em algum determinado ambiente ou em programa de televisão

(KLIN, 2006).

As crianças com TEA podem indicar um vocabulário variado de palavras conhecidas e até mesmo formar frases e ainda assim demonstrar dificuldades em relacioná-las ao um contexto (SILVA, 2020). Além disso, as crianças com TEA podem mostrar problemas com interpretação e compreensão sobre piadas e sarcasmo (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004). Isso se dá devido à dificuldade em identificar a intenção do indivíduo em relação a determinada comunicação, já que, na maioria das vezes, realizam interpretações literais do que foi dito (KLIN, 2006).

Também, observa-se que a área da cognição se mostrou como uma das áreas de maior dificuldade para as crianças A1 e A2 e a área motora para as crianças A2 e A3. De fato, no que se refere a cognição das crianças com TEA, observam-se déficits persistentes relacionados: a atenção, memória, reconhecimento de sentimentos, habilidades para solução de problemas e pensamento abstrato. Sendo esses déficits também associados a possíveis dificuldades referente as áreas de linguagem e socialização (WHITMAN, 2015).

É comum verificar nessas crianças dificuldades direcionadas a atenção, devido terem problemas em distinguir aspectos do ambiente ou da fala das pessoas que sejam considerados relevantes. Ainda é possível identificar dificuldades de compreender ideias abstratas, pois, na maioria das vezes, realizam interpretações literais, mostrando assim tendência para recursos concretos e visuais (WHITMAN, 2015). Isso se confirma com Ferreira et al. (2021), que mencionam que crianças com TEA podem indicar problemas em desenvolver o pensamento abstrato, ficando preso assim ao que é concreto.

Também é notório em crianças com TEA dificuldades relativas a generalizações de determinadas habilidades para outros contextos, o que impacta diretamente no seu desenvolvimento cognitivo (WHITMAN, 2015). Ratifica isso Kwee, Sampaio e Atherino (2009), ao citarem a dificuldade com a generalização como uma das principais características do público com TEA. Ainda, de acordo Whitman (2015) essas dificuldades podem estar associadas ao fato de algumas crianças precisarem da associação do concreto e visual.

No que concerne a área motora das crianças com TEA percebe-se que algumas podem apresentar problemas motores que envolvam habilidades da coordenação fina ou grossa (WHITMAN, 2015). Corroborando assim com Okuda, Misquiatti e Capellini (2010) e Anjos et al. (2017), que destacam em seus estudos que as crianças com TEA apresentaram habilidades abaixo do que era esperado para a idade cronológica, demonstrando déficits em

diversas habilidades psicomotoras.

Por fim, é importante destacar as particularidades de cada criança e seu processo de desenvolvimento. É possível analisar que as crianças do estudo demonstraram uma variação sobre as áreas do desenvolvimento, demonstrando diferentes déficits nas diferentes áreas. Conforme destaca Guimarães et al. (2013), as crianças apresentam variadas possibilidades de desenvolvimento que podem estar relacionadas a aspectos individuais e com o ambiente onde estão inseridos. Neste sentido, Bronfenbrenner (2011) traz que a inter-relação entre os diferentes níveis ecológicos do microssistema ao macrossistema podem influenciar o desenvolvimento humano.

Todos os ambientes que o indivíduo está inserido de maneira ativa ou não, assim como os membros da sua família e também a comunidade e cultura podem contribuir para o desenvolvimento. De fato, Lemos et al. (2014) mencionam que é importante compreender que os ambientes de interação das crianças com TEA, a mediação do adulto e as particularidades de cada um tem potencial para influenciar em seus comportamentos.

Dessa forma, a variabilidade identificada no desenvolvimento das crianças do estudo pode estar relacionada a múltiplos fatores: as particularidades de cada criança, aos contextos em que estão inseridos de maneira direta ou indireta, aos serviços de apoios multiprofissionais que recebem ou receberam, tipo e qualidade de estímulo que recebe dentro do ambiente familiar e dos ambientes que frequentam ativamente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivos analisar o desenvolvimento motor, linguístico, social, cognitivo e de autocuidados de crianças com diagnóstico de TEA, segundo a opinião das mães e compreender o histórico da criança com o TEA.

Por meio do IPO, segundo a opinião das mães, foi possível verificar que as crianças com TEA demonstraram atrasos em diversas áreas do desenvolvimento, sendo as áreas da linguagem, cognição e motora as com maior comprometimento. É interessante maior investigação dessas áreas, por exemplo, analisar as habilidades motoras finas e amplas.

No que se refere aos sinais de autismo e ao diagnóstico, notou-se que as mães observaram sinais de TEA de forma precoce, sendo o atraso na linguagem, regressão na fala e o não atender a chamado os mais recorrentes. Identifica-se que a observação desses sinais por

parte das famílias influenciou significativamente para a busca do diagnóstico ainda no início do desenvolvimento das crianças com TEA, o que possibilitou o acesso aos mesmos a intervenções multiprofissionais, que demonstraram contribuir satisfatoriamente para o desenvolvimento dos mesmos.

Em relação aos serviços de suporte das crianças do estudo, a maioria era realizado pelo setor privado, devido a dificuldade de acesso por meio da rede pública, o que evidencia uma falta de atenção por parte dos órgãos públicos, nos serviços oferecidos a esses indivíduos. Desse modo, observa-se necessidade de uma fiscalização maior nessas políticas públicas e a implementação de novas políticas que de fato sejam garantidas a esse público.

Ainda sobre as políticas públicas é importante também incluírem as mães das crianças com TEA, pois as mesmas podem se sentir despreparadas, sobrecarregas e inseguras, em relação aos cuidados com os filhos.

O estudo é relevante para a área acadêmica, pois trouxe dados importantes sobre o desenvolvimento de crianças com TEA e as áreas do desenvolvimento que podem apresentar comprometimentos. Com isso, tendo como apoio o aumento significativo de diagnóstico de TEA, o conhecimento a cerca desses aspectos se torna fundamental, para a elaboração de intervenções que sejam efetivas a esse público.

Como esse estudo foi desenvolvido com uma amostra pequena, sugere-se que mais pesquisas sejam feitas na área, como forma de ampliar o conhecimento sobre a temática, trazendo assim informações importantes para o campo científico e educacional. Outras formas de aplicação do IPO também poderia ser explorada, como por exemplo, aplicar o instrumento diretamente com as crianças, por meio de observação ou mesmo as mães aplicarem o IPO nos seus filhos.

Por fim, o estudo também é relevante para a formação dos professores, já que destaca dados consideráveis em relação as crianças com TEA, sendo possível utilizar desses dados para a realização de metodologias e estratégias de ensino que sejam pontuais para o desenvolvimento de crianças com TEA no ambiente escolar.

5. REFERÊNCIAS

- ABEP- **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil**, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAUJO, R. R. Estudo piloto para o mapeamento da trajetória em busca de diagnóstico e tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo no município de Barueri em São Paulo. 2012. 150f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Questionário Critério Brasil**, 2011.
- ANJOS, C.C.; LIMA, J. S.; ARAUJO, R. O.; CALHEIROS, A. K. M.; RODRIGUES, J. E.; ZIMPEL, S.A. Perfil psicomotor de crianças com transtorno do espectro autista. **Revista portal: Saúde e sociedade**, v.2, n.2, p.395- 410, 2017. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3161/2710> > acesso em: 10 fev. 2023
- BARCELLOS, E. N.; BERTINI, M. T.; LIMA, T. S.; MIRAS, B. D.; GROSSI, R. O Inventário Portage como instrumento de avaliação no serviço de aconselhamento genético. In: **VII Encontro da Associação de Pesquisadores em Educação Especial**. Londrina, 2013.
- 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. Brasília, DF, dez. 2012.
- BRASIL, **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência. Brasília, DF, dez. 2015
- BEE, H.; BOYD, D.A **criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011,568p.
- BRONFENBRENNER, U. Toward na experimental ecology of human development. **American Psychologist**, v.32, p.513-531, 1977.
- BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humano**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BUSCAGLIA, L. Os deficientes e seus pais: Um desafio ao aconselhamento. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006. 415 p.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. New autism spectrum disorder (ASD) reports show higher prevalence at age 8, more children identified by age 4 than previous reports. nov. 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/features/nuevo-informe-del-trastorno-del-espectro-autista.htm> > acesso em: 24 fev.2023
- COPETTI, F; KREBS, R, J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma Bioecológico. In: KOLLER, S.H. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 71-90, 2004.
- COSTA, D.C. Transtorno do espectro autista: Funcionamento cerebral e o impacto do diagnóstico para pais e cuidadores. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do conhecimento**, v. 01, p. 65-75, 2020. Disponível em: <

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/funcionamento-cerebral>> acesso: 24 fev. 2023.

CUNHA, E. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

DALPRÁ, L. R. Autismo e família: construindo entendimentos. 2016. Dissertação (Mestrado em Teologia) –Faculdades EST, São Leopoldo, 2016. Disponível em: <<http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/handle/BR-SIFE/650> > Acesso em: 18 Fev. 2023.

FERNANDES, F. S. O corpo no autismo. **PSIC**, São Paulo, v.9, n.1, p.109-114, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000100013 > acesso em: 18 fev.2023

FERREIRA, M. C. V.; NARDINI, C. M.; ARAUJO, B. G. A.; LEITE, L. P. A brincadeira intencional na educação da criança com TEA. **Revista psicopedagogia**, v. 38, n. 116, p. 291-298, 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-84862021000200013> cesso em: 18 fev.2023

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA; N. T. Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n.2, p. 83-94, 2004. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/jped/a/mzVV9hvRwDfDM7qVZVJ6ZDD/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em: 18 fev.2023

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. ed. 4. São Paulo: Editora Atlas, 2002. 176p.

GUIMARÃES, A. F., CARVALHO, D. V., MACHADO, N. A. A., BAPTISTA, R. A. N., LEMOS, S. M. A. Risco de atraso no desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. **Revista Paulista de Pediatria**, v.31, n.4, p.452- 458, 2013. Disponível em :<<https://www.scielo.br/j/rpp/a/7yh5ZHzG966HxrtFfb5RCtD/?format=pdf&lang=pt> > acesso em: 18 fev.2023

GUTIÉRREZ, T.G.O. Caracterização do desenvolvimento na primeira infância em crianças com Autismo. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.

HOMERCHER, B. M.; PERES, L.S.; ARRUDA, L. F. S.; SMEHA, L. N. Observação materna: Primeiros sinais do transtorno do espectro autista maternal. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 540-588, 2020.

KWEE, C. S.; SAMPAIO, T. M. M.; ATHERINO, C.C. T. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. **Revista CEFAC**, v.11, n. 2, p.217-226, 2009. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fsDFTjzx7ZYmsQPvbsH39Vb/?format=pdf&lang=pt>> acesso em: 18 fev.2023

KILN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 3-11, 2006.

LEMOS, E. L. M D.; SALOMÃO, N. M. R.; RAMOS, C. S. A. Inclusão de crianças autistas um estudo sobre intervenções sociais no contexto escolar. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.20, n.1, p. 117-130, 2014.

- MARCO, R. L.; DANIEL, M. B. N.; CALVO, E. N.; ARALDI, B. L. TEA e neuroplasticidade: Identificação e intervenção precoce. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p.104534–104552, 2021 Disponível em:<<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39415>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos de Pesquisas em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 63-77, 2004. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000100006 >. Acesso em : 19 mar. 2022
- MANSUR, O. M. F. C., NUNES, L. R. O. P.; COLARES, A. F. N.; SILVA, B. M. P. B., MANSUR, L. C. Sinais de alerta para transtorno do espectro do autismo em criança de 0 a 3 anos. **Revista científica da FMC**, v.12, n.3, p. 34-40, 2017. Disponível em:< <https://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/181> > acesso em: 18 fev.2023
- MELO, H. P.; BALDOINO, F. R.R.; MELO, H. P.; ALVES, K. R. B.; BALDOINO, L. K. R.; CUNHA, T. B. L. O transtorno do espectro autista e seu impacto no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. 1-11, 2021.
- MORAES, T.A. P.; CHAGAS, S.M. F.L.; BISPO, E. P. F.; FACHIN, L. P.; JÚNIOR, V. A. S. O direito a políticas públicas de saúde de um paciente com transtorno do espectro autista e sua consequência nas relações familiares: um relato de caso **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 42575–42594, jun. 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n6-006. Disponível em:<<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/48812>> acesso em:18 fev.2023
- NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. H. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 51-65.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS Brasil). Folha informativa – Transtornos do espectro autista. Disponível no site: Acesso em: 10 dez. 2022.
- OKUDA, P. M; MISQUIATTI, A. R. N; CAPELLINI, S. A. Caracterização do perfil psicomotor de escolares com transtorno autístico. **Revista Educação Especial**, v. 23, n 38, p. 443-454, 2010.
- PEREIRA, M. L.; BORDINI, D.; ZAPPITELLI, M. C. Relatos de mães de crianças com transtorno do espectro autista em uma abordagem grupal. **Cadernos de Pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 56-64, 2017. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000200006 > acesso em: 12 fev.2023
- PINHEIROS. M. Fundamentos de Neuropsicologia: O desenvolvimento cerebral da criança. **Vital et Sanitas**, v.1, n.1, p. 35-48, 2007. Disponível em: < file:///C:/Users/User/Downloads/desenvolvimentos_cerebral.pdf > acesso em:12 fev.2023
- SILVA, M; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29 n. 1, p. 116-131, 2009.
- SILVA, E. A. M. Transtorno do espectro autista (TEA) e a linguagem: A importância de desenvolver a comunicação. **Revista: Psicologia e Saberes**, v.9, n.18, p.174-188, 2020.

Disponível em: < <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/1221/964> > acesso em: 18 fev.2023

SPINAZOLA, C. C. ; CIA, F. ; AZEVEDO, T.L. ; GUALDA, D.S. . Crianças com deficiência física, síndrome de Down e autismo: Comparação de características familiares na perspectiva materna na realidade brasileira. **Revista Brasileira De Educação Especial**, v. 24, p. 199-216, 2018.

TAMANAHA, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 13, n. 3, p. 296-299, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsbf/a/4R3nNtz8j9R9kgRLnb5JNrv>> acesso em: 20 mar.2021

WHITMAN, T. **O desenvolvimento do autismo**. São Paulo: M-books do Brasil, Editora LTDA, 2015.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. **Manual do Inventário Portage Operacionalizado: Avaliação do Desenvolvimento de Crianças de 0-6 anos**. Curitiba: Jeruá, 2018.

WILLIAMS, C.; WRIGHT, B. **Convivendo com autismo e síndrome de Asperger**. São Paulo: M. Books, 2008

ZANON, R. B; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014.

ZAQUEU, L. C. C.; TEIXEIRA, M. C. T.V.; CARVALHO, F. A.; PAULA, C. S. Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 293-302, 2015.

ZAUZA, C. M. F.; BARRO, S. A. L.; SENRA L. X. O processo de inclusão de portadores do transtorno do espectro autista. **Psicologia. pt**, 2015- ISSN 1646-6977 (online). Disponível em:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0896.pdf>> Acesso em :18 fev. 2023

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução CNS 510/2016) (Para mãe, pai e ou responsável)

Eu, Luiza Laroza Selarim Santana, estudante do programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar, sob orientação da Prof^o. Fabiana Cia, o (a) convido a participar da pesquisa intitulada: DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO E A RELAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL E A SATISFAÇÃO PARENTAL DAS FAMÍLIAS.

O motivo que nos leva a estudar esse tema é o fato de que os contextos familiares são importantes para o desenvolvimento infantil. O objetivo geral deste estudo é analisar como o suporte social recebido pela família e a satisfação parental do responsável influenciam no desenvolvimento das crianças com autismo, e como objetivo específico analisar qual área do desenvolvimento será mais desenvolvida entre as crianças do estudo.

Você foi selecionado porque atende aos seguintes critérios de seleção dos participantes da pesquisa: é pai, mãe ou responsável de uma criança com autismo entre 3 anos e 5 anos e 11 meses de idade.

Sua participação, que é livre e voluntária, consistirá em responder uma entrevista semiestruturada e quatro instrumentos padronizados (Critério Brasil, Questionário de Suporte Social, Escala de Satisfação Parental e Inventário Portage Operacionalizado), em um encontro de aproximadamente 2 horas, no local que será combinado com as famílias participantes do estudo, podendo ser na residência das mesmas ou na universidade da pesquisadora.

Todas as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas previstas no estudo.

Sua participação na pesquisa poderá apresentar riscos como desconfortos relacionados ao tempo despendido com aplicação dos instrumentos e/ou a algumas questões dos instrumentos de coleta. Portanto, será garantido pausas durante a coleta de dados com a entrevista e com os questionários a fim de verificar a concordância com a continuação da coleta de dados, assim como o participante terá a liberdade de não responder perguntas que considerar desconfortável, e, além disso, sua participação poderá ser interrompida, se for de seu interesse, a qualquer momento, retirando seu consentimento por meio de uma mensagem ao pesquisador, via WhatsApp ou email, ou comunicando pessoalmente no momento da coleta de dados.

No entanto, a mesma trará benefícios, como a análise do desenvolvimento da criança pelo Inventário Portage Operacionalizado, o qual você receberá uma cópia com o que for coletado, e você será acompanhado pelo pesquisador, via WhatsApp, durante a coleta de dados e até o final do estudo, podendo solucionar possíveis dúvidas acerca do estudo. Além disso, sempre que solicitado, você poderá ter acesso ao registro do consentimento, e receberá uma cópia deste termo.

Os dados coletados durante o estudo serão analisados e serão apresentados em forma de relatórios, reuniões científicas, congressos e publicações com a garantia de seu anonimato, e serão enviados para você.

Caso houver despesas comprovadamente advindas da participação da pesquisa, o participante terá direito a ressarcimento. Caso houver qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre, o participante terá direito a indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador orientador: Fabiana Cia

E-mail: fabianacia@ufscar.br

Contato telefônico: (16)

99709-3773

Endereço: Avenida Miguel Damha, 800, Casa 181, São Carlos - SP.

Pesquisador Responsável: Luiza Laroza Selarim Santana

E-mail: luiza.selarim@gmail.com

Contato telefônico: (16) 99962-8138

Endereço: Rua Padre Teixeira, 2670, Jardim Bethânia, São Carlos - SP.

Local e data

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

Eu, Luiza Laroza Selarim Santana, estudante do programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar, sob orientação da Prof^o. Fabiana Cia, o (a) convido a participar da pesquisa intitulada: **DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO E A RELAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL E A SATISFAÇÃO PARENTAL DAS FAMÍLIAS.**

O motivo que nos leva a estudar esse tema é o fato de que os contextos familiares são importantes para o desenvolvimento infantil. O objetivo geral deste estudo é analisar como o suporte social recebido pela família e a satisfação parental do responsável influenciam no desenvolvimento das crianças com autismo, e como objetivo específico analisar qual área do desenvolvimento será mais desenvolvida entre as crianças do estudo.

Você foi selecionado porque atende aos seguintes critérios de seleção dos participantes da pesquisa: é pai, mãe ou responsável de uma criança com autismo entre 3 anos e 5 anos e 11 meses de idade.

Sua participação consistirá em responder quatro instrumentos padronizados (Critério Brasil, Questionário de Suporte Social, Escala de Satisfação Parental e Inventário Portage Operacionalizado) e uma entrevista semiestruturada. A coleta de dados ocorrerá de forma remota e durará cerca de 2 horas. Você ficará livre para escolher a ferramenta em que será realizada a entrevista, considerando seus conhecimentos e acesso aos recursos tecnológicos. Se a coleta de dados ocorrer de forma síncrona (Google Meet, por exemplo), a pesquisadora irá te encaminhar um link de acesso com data e hora marcada. Caso a conexão seja perdida durante a entrevista, a pesquisadora entrará em contato com você para marcar uma nova data para dar finalidade na coleta de dados. Neste formato, a coleta de dados seguirá os seguintes passos:

1. Aplicação da entrevista semiestruturada: será feita a leitura de uma pergunta por vez e o responsável responderá de forma aberta;

2. Leitura e preenchimento do instrumento Critério Brasil: primeiro será levantado a quantidade de alguns itens de suas casas, como: televisão em cores, rádio, banheiro, etc., depois, o grau de instrução do chefe de família e por último, quais serviços públicos a família tem a disposição: água encanada e/ou rua pavimentada. Para cada resposta, há uma pontuação de acordo que, ao final, serão somadas e o resultado indicará em qual classe social a família se enquadra;

3. Leitura e preenchimento do Questionário de Suporte Social (QSS): para cada afirmação, o participante responderá qual/quais pessoa/s considera fonte de suporte social, além do seu grau de satisfação com esse suporte;

4. Leitura e preenchimento da Escala de Satisfação Parental: o participante indicará o número da escala Likert que se adequa em cada afirmação;

5. Leitura e preenchimento do Inventário Portage Operacionalizado: para este estudo, foi realizada uma adequação quanto ao procedimento de aplicação do Portage. Originalmente, cada área do desenvolvimento exige um critério de desempenho comum, sendo a apresentação de um mínimo de respostas corretas para um determinado número de tentativas, por exemplo: a área da cognição exige um mínimo de três respostas corretas em quatro tentativas e para que

a resposta seja considerada correta, a criança deverá iniciá-la dentro de 30 segundos após início da tentativa. No entanto, no presente estudo, as respostas serão dadas pelos responsáveis que deverão responder com “sim” ou “não”, indicando se a criança apresenta ou não o comportamento mencionado.

No caso da coleta de dados ocorrer de forma assíncrona (E-mail, por exemplo), a pesquisadora encaminhará os arquivos das medidas avaliativas para que você possa respondê-los e encaminhá-los preenchidos posteriormente. Suas informações e seus dados estarão em segurança, pois a pesquisadora estará seguindo as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e pela lei federal LGPD 13709/2018, dessa forma, a pesquisadora evitará os riscos de vazamento de informações de seus dados.

Durante sua participação, a pesquisadora coletará algumas informações pessoais que serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa. Todos os dados coletados durante o estudo serão identificados apenas através de um número, dessa maneira garantindo a sua confidencialidade e o sigilo nas informações coletadas, assim como a identidade pessoal. Sua participação na pesquisa poderá apresentar riscos como: perda da conexão com a pesquisadora e desconfortos relacionados ao tempo despendido com aplicação dos instrumentos e/ou a algumas questões dos instrumentos de coleta. Portanto, sua participação poderá ser interrompida, se for de seu interesse, a qualquer momento. No entanto, a mesma trará benefícios, como a análise do desenvolvimento da criança.

Os dados coletados durante o estudo serão analisados e serão apresentados em forma de relatórios, reuniões científicas, congressos e publicações com a garantia de seu anonimato, e serão enviados para você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador orientador: Fabiana Cia

E-mail: fabianacia@ufscar.br

Contato telefônico: (16) 99709-3773

Endereço: Avenida Miguel Damha, 800, Casa 181, São Carlos - SP.

Pesquisador Responsável: Luiza Laroza Selarim Santana

E-mail: luiza.selarim@gmail.com

Contato telefônico: (16) 99962-8138

Endereço: Rua Padre Teixeira, 2670, Jardim Bethânia, São Carlos - SP.

Local e data

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO (Para mãe, pai e ou responsável)

1. Em que idade a criança foi diagnosticada com autismo?
2. Quais características da criança os levaram a procura pelo diagnóstico?
3. Qual o nível de dependência da criança com autismo:
 Nível 1: menor necessidade de apoio no dia a dia.
 Nível 2: precisa de um pouco mais de apoio em sua rotina.
 Nível 3: precisa de mais apoio para as atividades da vida diária.
4. Quais serviços de apoio a criança recebe atualmente?
5. Quais serviços a criança já recebeu, mas não recebe mais? Por que parou?
6. Quais serviços você gostaria de receber, para a criança e para a família?