

Características interacionais do brincar em crianças com suspeita do Transtorno do Espectro Autista

Interactional characteristics of play in children with suspected Autistic Spectrum Disorder

Características interaccionales del juego en niños con sospecha de trastorno del espectro autista

Andressa Colatto Iltchenco* 

Letícia Pacheco Ribas* 

Resumo

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista é um transtorno neurodesenvolvimental caracterizado pelas dificuldades de comunicação por deficiência da linguagem e do uso da imaginação para lidar com jogos simbólicos, dificuldade de socialização e padrão de comportamento restritivo e repetitivo. **Objetivo:** Descrever as características da interação em relação à brincadeira funcional e simbólica de três crianças com suspeita de TEA. **Método:** Fizeram parte do estudo três pacientes do sexo masculino na faixa etária entre 3 anos a 4 anos e 6 meses, provenientes de demanda espontânea de serviço fonoaudiológico de um hospital pediátrico. Os procedimentos constituíram-se de entrevista inicial com os pais/responsáveis e a análise da interação com o avaliador através da brincadeira semiestruturada proposta pelo Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista – Revisado (PROTEA-R). **Resultados:** As 2 crianças com risco de TEA apresentaram prejuízo do uso da linguagem para comunicação e falta de efetividade em atenção compartilhada, enquanto a que não apresentou risco utiliza a linguagem para se comunicar e demonstra adequada função de atenção compartilhada. Observou-se que características da brincadeira funcional e simbólica e a atenção compartilhada, se presentes, são aspectos que atenuam o risco para TEA. Além disso, a ausência de ecolalia também é uma variável que auxilia o possível diagnóstico. **Conclusão:** A observação da brincadeira se mostrou efetiva na avaliação

* Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, RS, Brasil.

Contribuição dos autores:

ACI: concepção do estudo, coleta e análise de dados e escrita do artigo.

LPR: concepção do estudo, escrita do artigo, revisão crítica e supervisão.

E-mail para correspondência: Andressa Colatto Iltchenco - andressacolatto@hotmail.com

Recebido: 23/12/2020

Aprovado: 09/08//2021

das funções comunicacionais e interacionais de crianças autistas, auxiliando no direcionamento e na otimização do processo terapêutico.

Palavras-chave: Transtorno Autístico; Linguagem Infantil; Intervenção Precoce; Desenvolvimento Infantil.

Abstract

Introduction: Autism Spectrum Disorder is a neurodevelopmental disorder characterized by communication difficulties due to language deficiency and the use of imagination to deal with symbolic games, difficulty in socialization and pattern of restrictive and repetitive behavior. **Objective:** To describe the interaction characteristics in relation to functional and symbolic play of three children with suspected ASD. **Method:** Three male patients aged between 3 years and 4 years and 6 months, from spontaneous demand for a speech therapy service of a pediatric hospital, were part of the study. The procedures consisted of an initial interview with parents/guardians and the analysis of interaction with the evaluator through semi-structured play proposed by the Behavioral Assessment Protocol for Children with Suspected Autism Spectrum Disorder – Revised (PROTEA-R). **Results:** The 2 children at risk of ASD presented impaired use of language for communication and lack of effectiveness in shared attention, while the one who did not present risk uses language to communicate and demonstrate adequate shared attention function. It was observed that characteristics of functional and symbolic play and shared attention, if present, are aspects that attenuate the risk for ASD. In addition, the absence of ecolalia is also a variable that aids the possible diagnosis. **Conclusion:** The observation of play was effective in the evaluation of the communication allocated functions of autistic children, assisting in the direction and optimization of the therapeutic process.

Keywords: Autistic Disorder; Child Language; Early Intervention; Child Development.

Resumen

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades de comunicación debido a la deficiencia del lenguaje y el uso de la imaginación para tratar los juegos simbólicos, la dificultad en la socialización y el patrón de comportamiento restrictivo y repetitivo. **Objetivo:** Describir las características de la interacción en relación con el juego funcional y simbólico de tres niños con sospecha de TEA. **Método:** Tres pacientes varones de entre 3 años y 4 años y 6 meses, por la demanda espontánea de un servicio de logoterapia de un hospital pediátrico, formaron parte del estudio. Los procedimientos consistieron en una entrevista inicial con los padres/tutores y el análisis de la interacción con el evaluador a través del juego semiestructurado propuesto por el Protocolo de Evaluación del Comportamiento para Niños con Sospecha de Trastorno del Espectro Autista – Revisado (PROTEA-R). **Resultados:** Los 2 niños en riesgo de TEA presentaban un uso deficiente del lenguaje para la comunicación y la falta de eficacia en la atención compartida, mientras que aquellos que no presentaban un lenguaje de uso de riesgo para comunicar y demostrar una función de atención compartida adecuada. Se observó que las características del juego funcional y simbólico y la atención compartida, si están presentes, son aspectos que atenúan el riesgo para el TEA. Además, la ausencia de ecolalia es también una variable que ayuda a un posible diagnóstico. **Conclusión:** La observación del juego fue eficaz en la evaluación de las funciones asignadas de comunicación de los niños autistas, ayudando en la dirección y optimización del proceso terapéutico.

Palabras clave: Trastorno Autístico; Lenguaje Infantil; Intervención Precoz; Desarrollo Infantil.

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio global neurodesenvolvimental, caracterizado por comprometimento na interação social, comunicacional verbal e não-verbal e comportamento restrito, repetitivo e estereotipado do indivíduo, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-5¹. Os sinais geralmente desenvolvem-se gradualmente nos primeiros anos de vida, com atraso ou desenvolvimento anormal na linguagem e na interação social. O diagnóstico pode ser confirmado oficialmente somente após os 3 anos de idade, mas não é simples, dado que embora existam sintomas em comum, há diferenças significativas em como os sintomas se manifestam individualmente². Portanto, existe variabilidade na apresentação do transtorno, razão pela qual se utiliza a expressão “espectro” na nomenclatura.

É na infância que o cérebro infantil está em pleno desenvolvimento, apresentando mudanças em suas funções e processos cognitivos através de experiências vividas, possibilitando de forma mais dinâmica e consistente o que se chama de neuroplasticidade cerebral - capacidade do sistema nervoso de mudar, adaptar-se e moldar-se sua estrutura e funcionalidade ao longo do desenvolvimento neuronal. Tal característica única faz com que os circuitos sejam maleáveis na formação de memórias e no aprendizado, bem como a adaptação a lesões e eventos traumáticos ao longo da vida. Devido a isso, a importância do rastreamento precoce de suspeitas de TEA e a sua identificação de forma correta possibilita à criança um acompanhamento a programas de intervenção em momentos críticos do seu desenvolvimento e aos aprendizados nos primeiros anos de vida³.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da CID 10 – 2014, estima-se que há 70 milhões de pessoas com autismo em todo o mundo, sendo 2 milhões somente no Brasil. Estima-se, também, que uma em cada 88 crianças apresenta traços de autismo, com prevalência cinco vezes maior em meninos⁴. Além disso, é notável nos últimos anos um aumento significativo nos diagnósticos de crianças com autismo. Diversos estudos intensificam a importância de uma avaliação e um diagnóstico precoce³⁻⁶, seguido de uma intervenção adequada, o que gera um melhor prognóstico. Contudo, a complexidade e a

heterogeneidade dos sintomas do TEA dificultam, muitas vezes, o processo diagnóstico. Baseando-se em avaliações qualitativas, informações dos pais, cuidadores, educadores e uma avaliação minuciosa dos padrões de comportamento da criança de uma forma multidisciplinar, em conjunto com vários profissionais da área do desenvolvimento infantil e através da utilização de instrumentos validados, todo esse processo torna-se mais efetivo.

Muitas pesquisas citam a ausência da brincadeira simbólica (isto é, utilizar brinquedos e acessórios com propósito de “faz de conta”, evocando propriedades ausentes deles) em crianças com diagnóstico de autismo⁷, além de sérios comprometimentos no brincar funcional (isto é, explorar e manipular animais de brinquedos, carrinhos, acessórios de cozinha e de construção de acordo com a sua função.), ou seja, apresentam alguma dificuldade na hora de usar de forma apropriada um objeto e na realização das brincadeiras de “faz-de-conta”. O DSM-5¹ indica que, nos casos de autismo, em geral, as brincadeiras imaginativas estão ausentes ou apresentam prejuízos acentuados, bem como há pobreza ou inexistência de brincadeiras simbólicas espontâneas. Além disso, há uma ausência em jogos ou brincadeiras de imitação social, ou o fazem fora de contexto e de um modo mecânico¹⁰. A importância do estudo desses aspectos para a prática na clínica fonoaudiológica está relacionada ao desenvolvimento infantil da criança com atraso em tal processo. Tais aspectos trazem informações importantes para a compreensão das habilidades sociais, das capacidades comunicativas e cognitivas, a partir da investigação de como esses comportamentos apresentam-se no brincar da criança autista.

As alterações de linguagem na criança com TEA geralmente são caracterizadas por atrasos significativos ou ausência total de desenvolvimento desta função¹⁰. Como o TEA é uma condição complexa, há muita distinção na apresentação dos sintomas. Por isso, quando se observa a capacidade de comunicação de cada criança, pode haver variação de grau leve a severo, com comprometimento linguístico ou até não-verbal. Dentre as alterações, o principal comprometimento é no nível pragmático e nos aspectos paralinguísticos, como ausência de contato ocular, de jogos verbais, de gestos, de balbúcio e de resposta aos sons desde recém-nascido¹¹. As crianças com TEA podem apresentar uma dificuldade em: iniciar e manter diálogos; interpretar

palavras e frases; compreender ironia, sarcasmo, sentimento de preocupação do interlocutor e até entonação, assim como outras formas explícitas ou implícitas de linguagem; comprometimento qualitativo nas interações sociais e na comunicação, além de apresentar padrões repetitivos e restritos de comportamento e falta de interesse ou atraso no funcionamento normal em brincadeiras funcionais e, conseqüentemente, simbólicas¹².

Em relação à avaliação do TEA, existem escalas diagnósticas, avaliações clínicas, variando o tipo de material escolhido e da licença do exercício profissional para aplicação do mesmo. O diagnóstico é clínico e deve ser feito de acordo com os critérios do CID 10. São exemplos de escalas de triagem traduzidas e validadas: Modified – Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), Autism Behavior Checklist (ABC)⁸. São exemplos de instrumentos de avaliação mais utilizados: Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)¹³, Escala Denver, Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro Autista (PROTEA-R não verbal)⁹, entre outros.

O PROTEA-R⁹ é interdisciplinar e vem sendo utilizado por diferentes especialistas (psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais) com o objetivo principal de rastreamento da presença de comportamentos inerentes à sintomatologia do TEA, com fins de sistematização da observação clínica do desenvolvimento infantil. Dividido em três eixos - entrevista de anamnese, protocolo de avaliação comportamental para crianças com suspeita de espectro do autismo - versão revisada - não verbal e entrevista devolutiva têm o objetivo de avaliar habilidades pré-lingüísticas por meio de situações semiestruturadas de brincadeira⁹. Em função de todos esses atributos, foi escolhido como instrumento para a presente investigação.

Os itens do protocolo PROTEA-R⁹ contemplam na sua avaliação a frequência, a intensidade e a peculiaridade dos sintomas, com registros qualitativos, a partir de estudos realizados na área. Avalia-se itens como qualidade da brincadeira, simbolismo e funcionalidade, coordenação visomotora, imitação, atenção compartilhada, engajamento social, forma de exploração e movimentos repetitivos ou estereotipados das mãos e corpo. O protocolo visa a identificação de risco para o desenvolvimento infantil, possibilitando um encaminhamento para a avaliação especializada e intervenção precoce,

útil tanto no contexto clínico e institucional, bem como em pesquisa⁹.

Todos esses dados auxiliaram na compreensão do quadro estudado, o que, conseqüentemente, pode auxiliar no direcionamento e na otimização do processo terapêutico e numa investigação mais ampla a respeito do brincar de crianças autistas. Por isso, este estudo visou descrever as características da interação em relação à brincadeira funcional e simbólica de três crianças com suspeita de TEA.

Método

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de um hospital pediátrico do município de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul, Brasil (parecer nº 3.766.738). Todos os responsáveis pelos sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização dos dados para a pesquisa.

Trata-se de um estudo de casos múltiplos do tipo observacional analítico de corte transversal para a descrição de características interacionais do brincar de crianças não verbais com suspeita de TEA. Este estudo busca observar, por meio de uma brincadeira semiestruturada, as interações da criança com o avaliador para a investigação e a criação de um perfil interacional e comunicacional, segundo os conhecimentos fonoaudiológicos acerca dos achados de avaliação do Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista – Revisado (PROTEA-R versão revisada para crianças não verbais)⁹, através do relato de caso de três pacientes do sexo masculino na faixa etária de 3 anos a 4 anos e 6 meses, provenientes de demanda espontânea do serviço fonoaudiológico do hospital.

Tal amostra foi coletada por conveniência, não tendo grupo controle. Os critérios de inclusão do projeto foram de crianças de 24 a 60 meses, com suspeita de TEA indicada pelo pediatra, não verbais, com padrões normais de audição, selecionadas a partir da lista de espera de avaliação do serviço de fonoaudiologia de um hospital pediátrico do município de Porto Alegre/RS.

Foi realizada uma entrevista de anamnese, pré-estabelecida no PROTEA-R⁹, com os pais/responsáveis das crianças. A observação da interação social e dos itens para a aplicação do protocolo foi realizada em dois encontros com a criança, que se encontrava sozinha na sala, somente com

o pesquisador e os brinquedos pré-estabelecidos no protocolo do instrumento. Ambos os encontros foram gravados em áudio e vídeo, com a anuência dos responsáveis. Em um primeiro momento, os brinquedos estavam dispostos no chão em contexto de brincadeira livre e o objetivo dessa etapa foi avaliar iniciativas e respostas de atenção compartilhada, imitação mais complexa, engajamento social, brincadeira simbólica, busca e resposta ao contato físico. Em um segundo momento, em que o contexto foi a brincadeira semiestruturada, o avaliador dispôs os brinquedos um a um para a criança, permitindo-a explorar em todos os sentidos (visual, tátil, auditivo). O objetivo dessa etapa foi eliciar a busca de assistência e comportamento atípicos, assim como brincadeira exploratória e funcional, entre outros aspectos. Após a coleta dos dados para pesquisa, foi realizada uma entrevista devolutiva com os pais/responsáveis explicando os resultados obtidos no protocolo, e encaminhamento dos pacientes para dar continuidade ao processo terapêutico de cada criança no mesmo serviço de fonoaudiologia do hospital.

Os itens do protocolo PROTEA-R⁹ avaliam a frequência, intensidade e peculiaridade dos sintomas, com registros qualitativos. Conforme pré-estipulado no protocolo, a codificação dos resultados é realizada com base em duas escalas: Escala de Qualidade e Escala de Frequência.

Cada item foi codificado de maneira a contemplar o modo como determinado comportamento se manifesta em relação à qualidade, que diz respeito à: reciprocidade, flexibilidade, amplitude, convencionalidade, consistência e intensidade dos comportamentos, recebendo classificação que varia de (A) a (E). O código A remete a comportamentos presentes sem sinais de comprometimento, o B a comportamentos com baixo nível de comprometimento, o C a comportamentos presentes com nível intermediário de comprometimento e o D refere-se à ausência do comportamento investigado, o que sugere alto nível de comprometimento. O código E, em todos os momentos em que for apresentado no protocolo, representa quando não foi possível observar aquele comportamento na criança por contingências do próprio contexto, e não devido à inabilidade da criança. A Escala de Frequência durante as sessões de observação (ocorrência do comportamento) recebe uma codificação combinada do tipo Likert, com intervalos de 1 a 3, sendo 1 “baixa”, 2 “média” e 3 “alta”. Todos esses fatores

estarão detalhados na descrição dos resultados a seguir.

Alguns itens do protocolo PROTEA-R⁹ são considerados críticos por sua relevância teórico-empírica e psicométrica para a avaliação de risco de crianças com suspeita de TEA. Esses itens contemplam as definições do DSM-5¹, itens que representam as três grandes áreas do protocolo, parâmetros típicos de desenvolvimento sociocomunicativo infantil e evidências extraídas da literatura. Esses itens ao serem convertidos em escores numéricos podem designar a) presença de risco para TEA, variando de 9 a 15 pontos; b) presença de risco para TEA, variando de 1 a 8; c) ausência de risco (soma dos escores de qualidade = 0).

Histórico dos Casos

Paciente 1

Paciente do sexo masculino com idade de 4 anos e 2 meses, que foi encaminhado ao serviço de atendimento fonoaudiológico pelo pediatra com suspeita de autismo. As suspeitas surgiram principalmente porque a criança falou a primeira palavra somente com 2 anos, tendo até hoje um vocabulário bem restrito.

Nasceu pré-termo, com 34 semanas e ficou 11 dias internado. Com relação aos dados de desenvolvimento, este ocorreu dentro do padrão de normalidade. A mãe relatou que a criança tem dores de ouvido e infecções com frequência e se assusta facilmente com barulhos. O menino realizou o exame de emissões otoacústicas evocadas aos 2 anos e 7 meses, obtendo resultado normal. Segundo o relato da mãe, a criança não tem nenhuma doença ou alteração crônica, porém utiliza medicação Risperidona (0,25 mg pela manhã e 0,50 mg à noite) para “ficar mais tranquilo” (SIC) e melatonina para auxiliar no sono.

A mãe, na entrevista de anamnese, relata que ele gosta de empilhar os brinquedos e assistir várias vezes os mesmos desenhos, apresenta dificuldade na interação com outras crianças, com exceção da tia de 8 anos, com a qual a criança tem contato desde o nascimento. A família tentou inseri-lo na escolinha, porém não se adaptou e foi retirado pelos pais; atualmente passa o dia em casa com a mãe.

Ao observarmos a interação entre criança e avaliador, o menino opta na maioria das vezes por brincar sozinho, de forma não usual, com brinquedos de encaixe e animais; gosta de colocar os mesmos em ordem ou separá-los por cores

ou tamanho. A fala da criança se caracteriza por palavras isoladas, onomatopéias e tentativas de formação de frases, porém sem construções maiores; sua compreensão oral e resposta a ordens é boa. Criança é responsiva, participativa e com boa interação social com avaliador. No entanto, observam-se características do espectro autista, como movimentos estereotipados e fraco contato ocular.

Paciente 2

Menino de 3 anos e 6 meses, procurou o atendimento fonoaudiológico encaminhado pelo pediatra do desenvolvimento com suspeita de TEA. Sobre o histórico gestacional, o parto foi normal e sem intercorrências, de 38 semanas de gravidez. O APGAR no 1º minuto foi 09. Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, os indicadores relatados estão adequados. Os dados referentes à produção das primeiras palavras com significado surgiram aos 11 meses, mas com relato de perda das habilidades previamente adquiridas, como palavras e interesse social, antes dos 2 anos. A mãe refere que o paciente voltou a realizar algumas produções orais somente por volta dos 3 anos de idade, com atraso no desenvolvimento da linguagem compreensiva e, mais gravemente, expressiva. Ela relatou, também, que sentiu uma evolução no comportamento social da criança ao ingressar na escolinha e ter contato com outras crianças na mesma faixa etária. O menino apresenta hiperatividade, fazendo uso de Risperidona, prescrito pelo pediatra. A mãe percebe presença de estereotípias no paciente, como movimento repetitivo das mãos e, ao ouvir barulhos, tapa os ouvidos.

O menino apresenta uma boa interação com o avaliador, fazendo uso de todos os brinquedos dispostos na sala, e convidando-o a brincar junto. Ao se observar tal contexto, é possível notar uma construção de simbolismo nas brincadeiras realizadas pela criança. O menino apresenta intenção comunicativa, mas a fala, muitas vezes, é ininteligível. Ele demonstra boa compreensão oral, bem como apresenta atenção compartilhada e comportamento de apego e preocupação em relação aos pais e familiares.

Paciente 3

Menino com idade de 4 anos, encaminhado pelo pediatra do posto de saúde de referência da família e, subsequentemente, pelo ambulatório de desenvolvimento do hospital por suspeita de TEA.

Em relação ao desenvolvimento da linguagem, iniciou o balbúcio aos 5 meses e apenas no segundo ano de vida demonstrou o uso das primeiras palavras simples do cotidiano, sem produção de frases e apresentando ecolalia.

Segundo o relato gestacional da criança, nasceu com 35 semanas de gestação, de parto normal, sem maiores intercorrências, permanecendo alguns dias na UTI neonatal por conta da idade gestacional, recebendo alta em bom estado de saúde geral. Os dados de desenvolvimento neuropsicomotor apresentam uma evolução dentro do padrão de normalidade. Ele realizou os exames de Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes e Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico, com resultados normais e sem referência de dores de ouvido frequentes. Em relação ao histórico de saúde geral, ele apresenta doença respiratória, bronquite e histórico de bronquiolite. O menino faz uso de Aerolin e Prednisolona em caso de crises dessas doenças respiratórias.

Observa-se engajamento social da criança no momento de interação com o avaliador. O menino busca por brincar em conjunto, mas evita o contato visual, faz exploração da maioria dos brinquedos, sorrindo e vocalizando momentos de empolgação. A criança tem uma boa compreensão oral, mas não usa muitas palavras para se comunicar, não utiliza pronomes e o uso de frases é simples e restrito, apresentando fala ecolálica, bem como palavras soltas e sem contexto, e algumas palavras pela metade.

Resultados

Na Tabela 1 tem-se uma síntese dos resultados observados nos três participantes com relação aos itens do protocolo PROTEA-R⁹, contemplando a Escala de Qualidade e a Escala de Frequência. Na Escala de Qualidade, na maior parte do protocolo (comportamentos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14) que investiga comportamentos típicos do desenvolvimento infantil, recebendo classificação que varia de (A) a (E), explicados anteriormente. A exceção é a área que investiga os comportamentos repetitivos e estereotipados das mãos e outras partes do corpo, nas quais a ausência indica menor nível de comprometimento, assim como nos itens que investigam protesto/retraimento à interação (comportamentos 8, 15, 16, 17), invertendo assim a ordem de marcação. Segundo a Escala de Frequência,

a codificação dá-se através de uma escala do tipo Likert, com intervalos de 1 a 3, sendo: 1 “baixa” aos comportamentos que aparecem pouquíssimas vezes durante a avaliação mesmo após a insistência do avaliador; 2 “média” quando o comportamento

surge, mas de forma restrita a alguns contextos; e 3 “alta” quando a criança apresenta determinado comportamento na maior parte do tempo ou na maioria das vezes que foi eliciado pelo avaliador.

Tabela 1. Análise da brincadeira semiestruturada através do PROTEA-R

Comportamento	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
1. Iniciativa de Atenção compartilhada	C (3)	A (3)	B (3)
2. Resposta de Atenção Compartilhada	C (3)	A (3)	A (2)
3. Imitação	B (2)	A (3)	A (3)
4. Engajamento Social	C (1)	A (3)	E
5. Sorriso	C (2)	A (3)	B (2)
6. Contato Físico Afetivo	A (1)	D	D
7. Busca de assistência	C (1)	D	A (2)
8. Protesto/ Retraimento	C (3)*	B (3)*	A*
9. Exploração dos Brinquedos	B (3)	A (3)	A (3)
10. Forma de Exploração	C (3)	A (3)	B (2)
11. Coordenação Visomotora	A (3)	A (3)	A (3)
12. Brincadeira Funcional	C (2)	A (3)	B (3)
13. Brincadeira Simbólica	C (1)	A (3)	B (2)
14. Sequência de Brincadeira Simbólica	C (1)	B (3)	E
15. Movimento Repetitivo das Mãos	A *	A *	A *
16. Movimento Repetitivo outras Partes do Corpo	A *	A *	A *
17. Comportamentos Autolesivos	A *	A *	A *

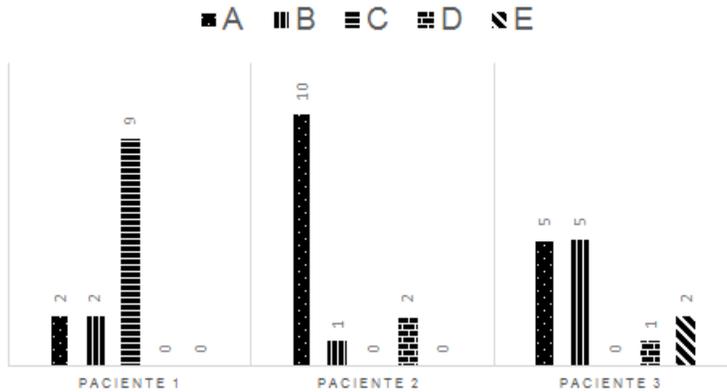
Nota: A: Comportamento adequado, sem comprometimento; B: Comportamento de baixo nível de comprometimento; C: Comportamento de nível intermediário de comprometimento; D: Ausência do comportamento investigado; E: Não se aplica. 1: Pouco aparecimento do comportamento; 2: Comportamento surge de forma restrita; 3: Aparecimento do comportamento é frequente durante as sessões.

*Marcado de forma contrária, quando o comportamento está ausente é usado a letra A.

Na Figura 1 descreve-se os dados relatados na Tabela 1 a partir de um gráfico expositivo. De forma individualizada, podemos analisar que o paciente 1 apresenta uma pontuação maior no nível intermediário de comprometimento das funções, classificado na escala de qualidade como código C. O paciente 2 possui uma pontuação maior nos comportamentos classificados como código A, que indicam baixo ou inexistente sinal de comprometimento na maior parte das funções. Por fim, o paciente 3 apresenta a mesma pontuação de

comportamentos classificados em código A e B, variando entre um nível baixo de comprometimento dos comportamentos até a presença sem déficit, em alguns casos. A Escala de Qualidade usada para classificar as crianças diz respeito à reciprocidade, flexibilidade, amplitude, convencionalidade, consistência e intensidade dos comportamentos, que são codificados pelas letras A, B, C, D e E, conforme suas respectivas definições, citadas anteriormente.

GRÁFICO DE ANÁLISE SIMPLIFICADA



Nota: A: Comportamentos adequado, sem comprometimento; B: Comportamentos de baixo nível de comprometimento; C: Comportamentos de nível intermediário de comprometimento; D: Ausência dos comportamentos investigados; E: Não se aplica

Figura 1. Resultado do PROTEA-R individualizado para cada paciente

No Quadro 1 estão descritos os comportamentos avaliados de forma qualitativa em relação à exploração dos objetos e do ambiente e aos padrões interativos com o avaliador. O protocolo PROTEA-R⁹ divide os itens acima em três grandes áreas: Comportamentos Sociocomunicativos,

Qualidade da brincadeira e Movimento Repetitivo e Estereotipado do Corpo. As gravações das sessões em vídeo trazem uma visão mais ampla, facilitando a visualização e a formulação de uma análise qualitativa em relação à brincadeira.

Quadro 1. Análise qualitativa de condutas observadas das três áreas do PROTEA-R

	Desenvolvimento Sociocomunicativo	Qualidade da Brincadeira	Movimentos Repetitivos e Estereotipados do corpo
Paciente 1	Dirige o foco de atenção ao adulto, mas não coordena gestos com contato visual e expressões afetivas. O foco é no brinquedo, e não na interação. Aproxima-se da avaliadora de forma objetiva, somente para pegar os brinquedos, sem busca por contato afetivo.	Alteração de turno ocorre de forma mecânica. Demonstra protesto/retraimento na troca dos brinquedos. Explora poucos brinquedos das caixas, de forma breve e/ou repetitiva, o foco concentra-se sempre no mesmo (lagartixa). Não apresenta indícios de brincadeira simbólica, sendo observado somente em um momento pela solicitação da avaliadora. Não apresenta sequência de brincadeira simbólica.	Não apresenta o comportamento durante a sessão. Coloca as mãos no ouvido ao ouvir um barulho alto de máquinas do lado de fora da sala. Fica bastante irritado quando a avaliadora troca a caixa de brinquedos e ao finalizar a sessão.
Paciente 2	Tem Iniciativa de Atenção Compartilhada, pega um brinquedo e oferece a avaliadora outro, para que brinquem juntos. Responde com gestos a solicitação do adulto, altera turno, coordena contato visual e expressões afetivas em várias situações.	Espontaneamente convida o adulto para brincar. Sorriso dirigido espontaneamente ao adulto e adequado ao contexto. Explora os brinquedos de formas variadas, adequadas ao contexto. Apresenta brincadeira funcional e um início de simbolismo, cria propriedade para os brinquedos, como "esfriar o chá que está quente dentro da xícara".	Não apresenta comportamentos repetitivos ou estereotipados durante a sessão. Não apresenta comportamentos autolesivos. Apresenta uma certa resistência a dividir os brinquedos, e na hora de finalizar a sessão.
Paciente 3	Possui iniciativa de atenção compartilhada, mas apenas em alguns momentos restritos da sessão. Segue o mesmo foco do adulto, pega os brinquedos oferecidos, fica empolgado com a apresentação de novos brinquedos, troca turnos. Repete a fala da avaliadora (imitação) produz ecolalia durante toda sessão (isso) Sorriso em resposta ao sorriso da avaliadora, mas sem contato visual.	Não se observa engajamento social, nem iniciativa de convidar o adulto a brincar junto. Explora todos os brinquedos, mas de forma breve, perdendo o interesse rapidamente. Apresenta brincadeira funcional em alguns momentos da sessão. Brincadeira simbólica aparece somente uma vez ao longo das 2 sessões. Não se observou sequência de brincadeira simbólica	Não apresenta o comportamento durante a sessão.

Os critérios utilizados na análise das escalas de qualidade e frequência dos itens considerados críticos na avaliação de risco estão descritos na Tabela 2. Na área de comportamentos sociocomunicativos, destacam-se os itens *Iniciativa de atenção compartilhada (IAC)*, *Resposta de Atenção Compartilhada (RAC)* e *Imitação (IM)*. Na área de qualidade, o item crítico concerne à *Brincadeira Simbólica (BS)* e na área de Movimentos Repeti-

tivos e Estereotipados de mãos e outras partes do corpo, destaca-se o item *Movimentos Repetitivos e Estereotipados de outras partes do Corpo (MRC)*. São, portanto, itens que requerem uma atenção especial no que se refere à codificação do protocolo de cada criança. Dessa forma, a soma dos escores da Escala de Qualidade dos cinco itens críticos (IAC, RAC, IM, BS E MRC) pode designar presença, risco relativo ou ausência de risco para TEA.

Tabela 2. Cálculo de risco para TEA

Itens Críticos	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
	Escala de Qualidade	Escore Convertido	Escala de Qualidade	Escore Convertido	Escala de Qualidade	Escore Convertido
Iniciativa de Atenção Compartilhada (IAC)	C	2	A	0	B	1
Resposta de Atenção Compartilhada (RAC)	C	2	A	0	A	0
Imitação (IM)	B	1	A	0	A	0
Brincadeira Simbólica (BS)	C	2	A	0	A	0
Movimentos Repetitivos De outras partes do Corpo (MRC)	A	0	A	0	A	0
Total	7		0		1	
Conclusão	Com risco relativo para TEA		Sem risco para TEA		Com risco relativo para TEA	

Escore convertido: o código de escala de qualidade é convertido em escores numéricos (A=0; B=1; C=2; D=3)
A escala de qualidade é uma soma relativa ao compilado das 2 sessões realizadas com cada paciente.

Considerando os resultados da análise do protocolo PROTEA-R⁹ através dos itens citados acima, é possível observar que o paciente 1 apresenta uma pontuação mais elevada, com risco relativo para TEA. Ele é o que tem características mais evidentes de autismo e se mantém com poucas iniciativas de interação com o avaliador. Apesar de apresentar um risco relativo, significa que a suspeita do diagnóstico pode ser mantida, mas que sua conclusão deve ser fundamentada em informações adicionais (entrevistas, avaliação cognitiva, avaliação com outros profissionais, informações provenientes do contexto escolar, etc.) e em reavaliação num intervalo de pelo menos 6 meses, conforme orientado no protocolo PROTEA-R⁹.

É importante analisar, também, a diferença de escore final entre o paciente 1 e o 3; os dois são classificados segundo o protocolo como risco relativo para TEA, no entanto, uma análise qualitativa demonstra claramente uma diferença entre os dois pacientes. O paciente 1 demonstra um déficit

maior quando se trata da qualidade da brincadeira e comportamentos sociocomunicativos, seu comportamento se caracteriza por poucas interações recíprocas e espontâneas e sua brincadeira carece de criatividade e flexibilidade, além de apresentar movimentos motores repetitivos. Esse escore revela o perfil de duas crianças que, apesar de interagir com o avaliador e se interessar pelos brinquedos e brincadeiras de forma restrita e mecânica, tendem a fazê-las de forma qualitativamente diferentes.

Discussão

Ao analisar as três crianças com suspeita de TEA, os resultados avaliativos obtidos no processo diagnóstico e as funções comunicacionais e de interação é possível estabelecer um padrão de intenção comunicativa de cada paciente, relacionando os achados do instrumento PROTEA-R em relação às características linguísticas e extralinguísticas. Em função da característica do estudo, entende-se que

existem questões limitantes acerca do tamanho da amostra, mas que indica interesse e demanda pela busca por desenvolvimento de outros estudos que ampliem o entendimento sobre a brincadeira como aporte para uma avaliação diagnóstica completa na clínica fonoaudiológica.

O Transtorno de Espectro Autista se caracteriza por desvios qualitativos no desenvolvimento, o que torna sua avaliação um desafio, por isso o olhar clínico não deve se limitar somente a verificar a presença ou ausência das habilidades e/ou funções neurodesenvolvimentais, mas que ele esteja atento ao modo como o comportamento se expressa, bem como à existência de atraso da habilidade esperada para determinada faixa etária avaliada⁹.

Ao analisar os dados no protocolo testado, nota-se ausência de estereotípias nos três indivíduos analisados, porém a abordagem limita-se a movimentos repetitivos das mãos e outras partes do corpo e comportamentos autolesivos, não levando em consideração padrões restritos e repetitivos de comportamento sensorial incomum, interesses fixos nas mesmas atividades, excessiva adesão à rotina e padrões ritualizados na brincadeira com o avaliador. O termo estereotípia é caracterizado por comportamentos de padrão rígido e estável, intencional, repetitivo, ritmado e desprovido de finalidade, segundo a Classificação Internacional das Doenças, em sua décima edição (CID-10). O prejuízo nesta capacidade de variabilidade comportamental está relacionado ao diagnóstico de autismo.

Ao analisarmos de forma qualitativa notamos a presença desses comportamentos nas três crianças; as mães relataram perceber estereotípias nos filhos, por mais que na codificação do protocolo tal fato não ter sido classificado. A mãe do paciente 1 relatou uma fixação por padrões nos momentos de brincadeira do filho, além do desejo de assistir sempre o mesmo desenho animado, não respondendo bem a mudanças. Já no paciente 2, a mãe relata presença de estereotípia relacionada a questões sensoriais, principalmente auditivas, o paciente tende a levar às mãos aos ouvidos ao ouvir barulhos intensos ou repetitivos. O paciente 3 demonstrou estereotípias verbais, ecolalias na fala como intenção comunicativa. As estereotípias costumam acontecer em situações em que a criança se encontra bombardeada de estímulos e precisa se reorganizar e processar tudo que está sentindo¹⁴.

A habilidade de atenção compartilhada surge nas crianças a partir do segundo semestre de vida e vários autores buscam compreender a distinção dessa capacidade em grupos de crianças com autismo daqueles com outros transtornos de desenvolvimento. A reciprocidade na interação deixa evidente essa diferença na habilidade de atenção compartilhada. Quando uma criança sem comprometimentos busca esse contato, normalmente são visualizadas expressões afetivas, o que não ocorre no autismo. Justifica-se, então, o estudo da atenção compartilhada como um dos fidedignos indicadores precoces de autismo¹⁵. Ao analisar a iniciativa de atenção compartilhada (Tabelas 1 e 2), há uma variável de distinção entre as três crianças analisadas. O paciente 1 é classificado pelo código C, que representa que a criança dirige o foco ao adulto (espontaneamente mostra ou dá os brinquedos ao avaliador), porém de forma rígida, sem coordenar os gestos (apontar, por exemplo) e, na maioria das vezes, sem contato visual e movimentos afetivos. Já o paciente 2 é o exemplo de iniciativa de atenção compartilhada efetiva, em que a criança dirige o foco ao adulto, coordenado com gestos, contatos visuais e expressões afetivas, em várias situações durante a sessão. E por fim, classificado como código B no critério de qualidade, o paciente 3, que apresenta uma variação em relação aos outros, por apresentar um comportamento condizente com o adequado à idade; porém, esse comportamento é restrito e repetitivo, observando-se engajamento social, mas sem iniciativa de convidar o adulto a brincar junto (Quadro 1), apresentando uma escala de frequência alta, avaliado em 3, que significa que esse mesmo comportamento foi realizado em vários momentos da sessão.

A resposta de atenção compartilhada dos pacientes 2 e 3 apresenta um comportamento adequado para idade, segundo o protocolo⁹. As crianças seguem o foco de atenção do adulto, pegam os brinquedos oferecidos, olham para onde o adulto aponta, respondem com gestos a solicitações do adulto, animam-se com a demonstração de novos brinquedos, e produzem uma troca de turno durante a brincadeira. O paciente 3 apresenta valor médio na escala de frequência (Tabela 1), representando que o comportamento aparece de forma mais restrita que no paciente 2, mas sem apresentar comprometimentos. Já o paciente 1 tem um comportamento mais estereotipado, observando-se uma resposta de iniciativa compartilhada não tão efetiva. A criança

dirige o foco sempre no brinquedo e não na interação com o avaliador, que é um fator que elicia a investigação desse comportamento dado como atípico e caracteriza uma dificuldade de sociabilização. Tal fato é um ponto crucial do autismo, pois demonstra uma dificuldade na discriminação entre emoções de outras pessoas, e muitas vezes a incapacidade de compartilhar esses sentimentos. Além disso, o paciente demonstra haver um apego em relação à manipulação de um objeto específico durante a brincadeira e, apesar de explorar outros brinquedos, se detinha somente a esse, promovendo uma espécie de ritual e ordenação na manipulação dos demais brinquedos^{16,17}.

No item “imitação”, na Tabela 1, o objetivo é identificar a presença de comportamentos imitativos na criança. É fundamental, segundo o protocolo⁹, que o avaliador, na hora da interação, possa diferenciar a aprendizagem por imitação, (quando o foco de interesse da criança é na interação com o adulto), da aprendizagem por emulação, (quando o foco de interesse da criança está nas propriedades do brinquedo). Em relação à classificação de qualidade dos comportamentos, nota-se déficit no paciente 1, devido à alteração de turno ocorrer de forma mecânica, sendo perceptível na brincadeira do chá, em que a criança imita o avaliador, mas não dá continuidade à ação. Isso caracteriza um comportamento de baixo nível de comprometimento.

Neste item, o paciente 3 apresenta qualidade adequada e sem comprometimentos maiores, porém produz, em diversos momentos, ecolalias na fala, que é um distúrbio definido como a repetição de sons, palavras ou frases¹⁴. A palavra “isso” aparece várias vezes na fala do paciente, mas se apresenta como adequada ao contexto. Além disso, observa-se variação na entonação e no uso da voz, demonstra felicidade, irritação e até retraimento em alguns momentos da sessão. É importante considerar a ecolalia do paciente como alvo de uma futura intervenção terapêutica mais direcionada. Deve ser observado que há relatos¹⁸ de experiência clínica em vários casos, de que existe um fator emocional do paciente relacionado à ecolalia, razão pela qual a busca efetiva de terapia não deve se restringir somente a significações linguísticas.

A brincadeira da criança vem sendo motivo de estudo por diversas áreas (Fonoaudiologia, Psicologia, Antropologia, Sociologia, Educação e etc.). Devido a sua funcionalidade, definir o que é o brincar e como isso pode impactar num futuro

diagnóstico tem sido uma tarefa árdua¹⁷. Por esse motivo, e no intuito de auxiliar a identificação da brincadeira, é importante propor critérios identificadores da mesma, compatíveis com a visão evolucionista do desenvolvimento. Dessa forma, tem-se um modo de sintetizar e facilitar a observação da brincadeira na criança autista, distinguindo-a de outros fenômenos, que muitas vezes costumam ser confundidos, principalmente na criança autista, como curiosidade, comportamento estereotipado, interesse somente no objeto, sem compreender sua funcionalidade, entre outros. Os critérios de identificação da brincadeira são: a) quantidade de brinquedos que a criança opera de acordo com a sua função, de forma adequada (brincadeira funcional); b) o “faz-de-conta” na manipulação de um objeto durante a brincadeira (brincadeira simbólica); c) imitação intencional da reprodução do avaliador; d) sequência estruturada com evolução da brincadeira simbólica; e, e) forma de exploração dos brinquedos. Tais critérios são úteis em auxiliar a distinção entre um comportamento que é realizado de forma funcional na brincadeira daquele que é estereotipado rigidamente.

A brincadeira funcional e simbólica são fatores importantes a serem analisados na investigação de TEA, pois contribuem para a conclusão da avaliação. Ao observar a Tabela 1, em relação à qualidade da brincadeira (itens 18, 19, 21, 22 e 23), nota-se uma distinção clara entre os três pacientes analisados. Quando se pensa em quantidade de brinquedos que a criança opera e a forma de exploração adotada, nota-se que o paciente 1 possui um déficit mais significativo, por explorar de forma breve, restrita e repetitiva, sem demonstrar grande interesse pela maioria dos brinquedos, se detendo a explorar sempre os mesmos, nas duas sessões. Sendo assim, para o paciente 1 com pontuação de 7 pontos, há risco relativo para TEA. Para o paciente 2, com pontuação 0, não se observa risco para TEA. Já o paciente 3 apresenta risco relativo para TEA, com uma pontuação mais baixa, de 1 ponto, conforme Tabela 2. Isso se dá ao observar que os pacientes 1 e 3 operam os brinquedos de forma mais mecânica e parcial, e não apresentam uma continuidade à brincadeira simbólica, que nos dois casos foi estimulada pela avaliadora, mas sem iniciativa da criança. Percebe-se, ao analisar o paciente 2, que suas construções estão rumando para um simbolismo mais complexo, em que a representação funcional dos objetos é importante

para o desenvolvimento desta capacidade simbólica, ainda que no caso do paciente, este esteja num patamar inicial em termos evolutivos; é importante ressaltar, já que vários estudos acerca de crianças do espectro autista afirmam um déficit neste brincar mais simbólico¹⁹.

Conclusão

Sendo a brincadeira o principal espaço na infância para a criança explorar as habilidades de desenvolvimento social e intelectual de forma espontânea, a aplicação do protocolo PROTEA-R possibilita essa busca pelo diagnóstico no contexto clínico. Não só por abordar aspectos simbólicos e funcionais da brincadeira, mas também proporcionar um olhar fonoaudiológico voltado à comunicação e interação, como a linguagem, por exemplo, ao analisar as ecolalias, momentos de imitação, tentativas de linguagem corporal e etc.

Enquanto a avaliação observacional fornece um olhar qualitativo, auxiliando positivamente na hora da análise dos dados do protocolo, este, por sua vez, fornece dados quantitativos, o que possibilita objetivar essa análise tornando-a mais fidedigna comparando a população em geral, com ou sem TEA. Além disso, os dados trazidos demonstram que, seja por meio de uma avaliação observacional ou protocolos específicos, é de suma importância confrontar o histórico de cada criança e observar as suas interações com os familiares quando pensamos em clínica fonoaudiológica infantil.

Além do prazer que o universo lúdico traz para a criança, evidencia-se uma série de habilidades durante a brincadeira como a linguagem, as praxias, o raciocínio lógico, a socialização entre outras¹⁹. O objetivo do estudo foi alcançado, pois foram descritas características interacionais durante a atividade lúdica que auxiliam a avaliação fonoaudiológica. Uma das principais diferenças entre as crianças observadas é a habilidade e resposta de atenção compartilhada, que são fundamentais durante a interação dialógica. Aspectos que também servem de alerta para a identificação da suspeita de TEA são os padrões ritualizados na brincadeira e o interesse fixo nas atividades.

Referências Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Nunes AR. A importância do design de interiores para a inclusão social: proposta de Centro de Acompanhamento de crianças com autismo. Uberlândia, 2017. Monografia de Trabalho de Conclusão do Curso de Design apresentado à FAUeD.
3. Gazzaniga MS, Heatherton TF. Ciência Psicológica: Mente Cérebro e Comportamento. (Artmed). 2005.
4. Petry JR. Design Inclusivo: uma proposta de recurso para estímulo sensorial de crianças autistas a partir do método montessoriano. Ijuí, 2019. Monografia de Trabalho de Conclusão do Curso de Design apresentado à UNIJUÍ
5. Lampreia C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. Estudos de Psicologia. 2007Jan-mar; 24(1): 105-114.
6. Canut ACA, Yoshimoto DMR, da Silva GS, Carrijo PV, Gonçalves AS, Silva DOF Diagnóstico Precoce do Autismo: Relato de Caso. Rev Med Saúde. 2014; 3(1): 31-7
7. Fiaes CS, Bichara ID. Brincadeiras de faz-de-conta em crianças autistas: limites e possibilidades numa perspectiva evolucionista. Estud. psicol. Setembro-dezembro 2009;vol.14(3): 231-8.
8. Protocolo do Estado São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo: SEDPeD;2013
9. Bosa CA, de Salles JF. Sistema de Avaliação da Suspeita de Transtorno do Espectro Autista - PROTEA-R. São Paulo: Vetor; 2018
10. Saad AGF, Goldfeld M. A ecolalia no desenvolvimento da linguagem de pessoas autistas: uma revisão bibliográfica. Pró-Fono R. Atual. Cient. 2009Set; 21(3): 255-260.
11. Gonçalves CAB, de Castro MSJ. Propostas de intervenção fonoaudiológica no autismo infantil: revisão sistemática da literatura. Distúrb Comum. 2013Abr; 25(1): 15-25.
12. Checchia MNP. O autista e a análise aplicada do comportamento: Quais as possíveis melhorias na qualidade de vida dos portadores e dos familiares a partir de uma proposta de intervenção? Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente. 2009; Vol. XII(13): 79-88.
13. Seize MM, Borsa JC. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. Psico-USF. Janeiro-Abril2017; vol.22:161-176.
14. Martins ADF, de Góes MCF. Um estudo sobre o brincar de crianças autistas na perspectiva histórico-cultural. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. 2013Jan-jun. Vol.17(1): 25-34.
15. Bosa C. Atenção Compartilhada e Identificação Precoce do Autismo. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2002,15(1): 77-88.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

18. Dib, MC. A procura de uma intenção comunicativa na ecolalia: Estudo de um caso. *Jornal de psicanálise*. 2017; 50(93): 213-22.

19. Klinger EF, Souza APR. Análise clínica do brincar de crianças do espectro autista. *Distúrbios Comum*. Março 2015; 27(1): 15-25

