

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
CURSO DE ENFERMAGEM**

KAYLLANY GARDINI DA ROSA

**ALTERAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE EM ADULTOS AUTISTAS: IMPACTOS
NA VIDA COTIDIANA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

**CRICIÚMA
2024**

KAYLLANY GARDINI DA ROSA

**ALTERAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE EM ADULTOS AUTISTAS: IMPACTOS
NA VIDA COTIDIANA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. Dr. Diogo Domingui

**CRICIÚMA
2024**

KAYLLANY GARDINI DA ROSA

**ALTERAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE EM ADULTOS AUTISTAS: IMPACTOS
NA VIDA COTIDIANA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Saúde Mental.

Criciúma, 28 de Novembro de 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Diogo Domingui – UNESC - Orientador

Prof. Msc. Carine dos Santos Cardoso - UNESC

Prof. Msc. Ana Regina da Silva Losso - UNESC

**Dedico este trabalho a meus pais, que
através de muito sacrifício conseguiram
este privilégio de ter sua filha concluindo
sua graduação.**

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos que contribuíram de maneira significativa para a realização deste trabalho.

Primeiramente, agradeço a Deus e a Nossa Senhora por me darem o dom de cuidar e zelar pela vida do outro, por me amarem e por me sustentarem em todos os momentos na qual fraquejei e pensei em desistir.

Ao meu orientador, Diogo, pela orientação inestimável, paciência e por acreditar no potencial deste projeto. Sua experiência e sabedoria foram essenciais para o desenvolvimento e aprimoramento de cada etapa desta pesquisa.

A minha banca examinadora, professoras Carine e Ana, por sua valiosa contribuição na avaliação deste trabalho. Suas observações e questionamentos foram fundamentais para ampliar minha visão, agregando um valor incalculável a esta etapa da minha trajetória acadêmica.

Aos meus familiares, especialmente aos meus pais Wilson e Adriana, meu irmão Kauã, meus avós Elizeu e Maria de Fátima e meus padrinhos Rafael e Josiane por todo o apoio emocional, financeiro e incentivo constante. Sem o suporte incondicional de vocês, eu não teria conseguido atravessar os desafios deste percurso.

Ao meu amado, obrigada por aguentar minhas crises, surtos e choros. Sem você eu não teria conseguido nem metade do que sou capaz de suportar, você foi minha rocha e meu escudo protetor em boa parte deste processo, se eu consegui concluir esta pesquisa eu devo especialmente a você, que não me deixou desistir e me fez ir mais longe do que eu jamais pensei que fosse conseguir. Amo você.

Agradeço também aos profissionais e participantes da AMA, que, de alguma forma, contribuíram com seu tempo e suas vivências para que este trabalho fosse possível.

A UNESC, por todo o suporte e pela qualidade do ensino oferecido ao longo da minha trajetória acadêmica. Foi por meio das oportunidades, recursos e orientações de excelência proporcionados pela instituição que pude expandir meus conhecimentos e desenvolver habilidades essenciais para a realização deste trabalho. Agradeço a todos os professores, colaboradores e colegas que tornaram esta jornada enriquecedora e transformadora.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma maneira, contribuíram para que

eu alcançasse mais esta conquista acadêmica. Estou profundamente grata por cada apoio recebido.

**"A inclusão acontece quando se aprende
com as diferenças, e não com as
igualdades."
Paulo Freire**

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolve uma herança multifatorial e fatores de risco genéticos, biológicos e ambientais. Identificamos áreas de funcionamento global afetadas, como a comunicação social e a flexibilidade cognitiva. Sabe-se que a linguagem é uma área de maior risco para atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), juntamente com o esquema corporal, organização espacial e temporal. A detecção precoce desses atrasos é essencial para intervenções eficazes, porém, com o passar do tempo, sem a devida estimulação, esses mecanismos vão se deteriorando. Sabendo disso, o objetivo deste trabalho foi analisar as alterações da psicomotricidade em adultos autistas, investigando suas características e possíveis impactos na vida cotidiana e na participação social. Foi analisada uma amostra de 8 adultos com autismo que quiseram participar da pesquisa e cujos responsáveis legais autorizaram. O estudo foi de abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo observacional, em sala de aula de uma sede de uma associação de amigos do autismo. Foi observado o comportamento do indivíduo e preenchidas as escalas ADOS-2 e QA, identificando as limitações psicomotoras desses indivíduos para um paralelo com as possíveis intervenções da equipe de enfermagem. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes apresentou especificações psicomotoras específicas, afetando diretamente sua autonomia e interação social. Observou-se também que a falta de estímulos ao longo da vida contribuiu para a persistência dessas limitações, ressaltando a importância de instruções específicas e contínuas. Em conclusão, este estudo ressalta a importância do papel da equipe de enfermagem na identificação precoce e no apoio psicomotor para adultos autistas, promovendo intervenções personalizadas que contribuem para a melhoria da qualidade de vida e para o aumento da participação social desses indivíduos.

Palavras-chave: Autismo; psicomotricidade; cuidados de enfermagem; alterações cognitivas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Applied Behavior Analysis
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule
AMA	Associação de Pais e Amigos de Autistas
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Artigo
AVD	Atividades da Vida Diária
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDM	Escala de desenvolvimento motor
HIV	Human Immunodeficiency virus
INC	Incorporation
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
MITA	Mental Imagery Therapy for Autism
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial da Saúde
PECS	Sistema de Comunicação por Troca de Imagens
PNI	Programa Nacional de Imunização
QA	Quociente Autista
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCC	Terapia Cognitiva-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – identificação da amostra investigada.....	32
Tabela 2 – Desenvolvimento das habilidades dos indivíduos avaliados.....	38

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Processo de Enfermagem.....	18
Figura 2 – Procedimento da coleta de dados.....	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	13
1.2 CONCEITO E CONTEXTO HISTÓRICO DE AUTISMO	14
1.3 EPIDEMIOLOGIA E DIAGNÓSTICO DO AUTISMO	15
1.4 ENFERMAGEM E O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO	16
1.4.1 Estratégias de assistência de enfermagem	19
1.5 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR INFANTIL	19
1.5.1 Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor no autismo	22
1.6 JUSTIFICATIVA	23
2 OBJETIVO	25
2.2 OBJETIVO GERAL	25
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 MÉTODOS	26
3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA	26
3.3 TIPO DE ESTUDO	26
3.4 LOCAL DO ESTUDO	26
3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO	27
3.5.1 Critérios de inclusão	27
3.5.2 Critérios de exclusão	27
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.7.1 Quociente Autista	28
3.7.2 Escala ADOS-2	29
4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	30
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	30
5 RESULTADOS	32
5.2 CARACTERÍSTICAS DO AUTISMO – ADOS 2	32
5 DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O transtorno do espectro do autismo (TEA) é uma condição complexa do neurodesenvolvimento com início na primeira infância, na qual influências genéticas e não genéticas agindo isoladamente ou em combinação contribuem para o desenvolvimento do TEA (Genovese et al., 2023). Segundo a Organização Mundial da Saúde, o TEA é caracterizado por prejuízos nas habilidades sociais e de comunicação. O transtorno se demonstra em diversas condições, caracterizadas por diferentes graus de desenvolvimento no comportamento social, comunicação e na linguagem, através de uma ponte estreita de interesses e atividades únicas para o indivíduo e efetuadas em um formato repetitivo (Transtorno do espectro autista, OMS, [s,d]).

O TEA é um distúrbio genético heterogêneo com uma proporção de 4: 1 entre homens e mulheres e mais de 800 genes relacionados ao TEA reconhecidos com centenas de aberrações cromossômicas, dezenas de síndromes identificadas e uma interação complexa entre herança e fatores ambientais influenciados pela epigenética (Ochoa-Lubinoff et al., 2023). Os avanços na compreensão do papel da genética nas doenças humanas, particularmente nas perturbações do neurodesenvolvimento, foram alcançados através de mudanças revolucionárias na tecnologia genômica, criando a oportunidade para avaliações clínicas mais detalhadas e rápidas (Schaeffer et al., 2023).

São observados os distúrbios comportamentais e psiquiátricos em indivíduos com TEA são prevalentes e seu impacto é significativo (Schaeffer et al., 2023). Um crescente corpo de pesquisas revela evidências da frequente associação entre TEA e irritabilidade, agressão, comportamentos autolesivos, TDAH, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, disforia de gênero, transtornos de humor, suicídio, transtornos por uso de substâncias, catatonia, psicose e transtornos do espectro da esquizofrenia (Genovese et al., 2023). Os sintomas associados a muitos transtornos comportamentais e psiquiátricos que comumente ocorrem em indivíduos com TEA podem se sobrepor às características principais do TEA, o que resulta em desafios diagnósticos (Genovese et al., 2023).

No Brasil, a Lei nº 12.764, promulgada em 2012, reconhece a

classificação do Transtorno do Espectro Autista (TEA) como uma deficiência. (Brasil, 2012). A lei estabelece diretrizes para a política nacional de proteção dos direitos das pessoas com transtorno do espectro autista, assegurando-lhes o direito à vida digna, à integridade física e moral, ao livre desenvolvimento da personalidade, à segurança e ao lazer. A lei também garante acesso a serviços de saúde, diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional, medicamentos e terapias, além de reforçar o direito à educação em classes comuns do ensino regular com o suporte necessário (Brasil, 2012).

Além dos direitos relacionados à saúde e à educação, a Lei nº 12.764/2012 também aborda a proteção social e o apoio às famílias de pessoas com TEA. Ela prevê a criação de programas de capacitação para profissionais de saúde e educação, além de campanhas de conscientização sobre o autismo (Brasil, 2012). Dessa forma, a legislação não apenas assegura direitos, mas também promove uma maior compreensão e aceitação das pessoas com TEA na sociedade. Porém, grandes desafios são enfrentados pelo indivíduo com TEA e seus familiares, tanto no âmbito de saúde, cuidado, quanto na sociedade (Ruggieri et al., 2023).

1.2 CONCEITO E CONTEXTO HISTÓRICO DE AUTISMO

Definido por Kanner, em 1943, o autismo infantil era inicialmente denominado como Distúrbio Autístico do Contato Afetivo, como um transtorno com características comportamentais bastante específicas, sendo elas: Problemas nas interações afetivas sociais, isolamento extremo, dificuldades na comunicação verbal, habilidades cognitivas positivas, aparência física típica, padrões comportamentais repetitivos, início precoce e maior ocorrência em homens, (Kanner, 1943).

Durante a década de 80, as definições e critérios diagnósticos foram gradualmente passando a ser reconhecidos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e foram publicados pela primeira vez na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III).(APA, 1980).

Dentre as áreas de deficiência como as deficiências mental, intelectual, física, visual e auditiva/surdez, soma-se, a partir da legislação nacional a nº 12.764/12, no (art. 1º § 2º);

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para

sua consecução.

[...]

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

[...]

(Brasil, 2012).

Conforme id. (2014, p. 9), o Transtorno do Espectro Autista acarreta desafios no âmbito das relações interpessoais, levando os indivíduos a preferirem atividades mais solitárias. Além disso, enfrentam obstáculos ao compartilhar interesses e ao iniciar ou manter interações sociais, também têm dificuldades em interpretar expressões faciais que expressam sentimentos e emoções. Segundo o autor, é possível observar neles comportamentos repetitivos, como aplaudir ou balançar os braços como se estivessem batendo asas, além de possuírem interesses restritos e enfrentarem desafios na alteração de rotinas, entre outras manifestações.

1.3 EPIDEMIOLOGIA E DIAGNÓSTICO DO AUTISMO

Em 2020, aproximadamente uma em cada 36 crianças residentes nos Estados Unidos foi estimada como tendo Transtorno do Espectro Autista aos 8 anos de idade (Maenner et al, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 1 a cada 160 crianças em todo o mundo possua transtorno do espectro autista. Esta estimativa é uma média e a frequência apresentada varia entre os estudos, sendo que alguns indicam números consideravelmente mais altos. A prevalência do TEA em diversos países de renda baixa e média ainda não é conhecida. Através de estudos epidemiológicos realizados ao longo das últimas cinco décadas, é possível observar um aumento global na prevalência do autismo.

Diversos motivos podem explicar esse aparente crescimento, como a maior conscientização sobre o tema, a ampliação dos critérios diagnósticos, o aprimoramento das ferramentas de diagnóstico e a melhoria nas informações fornecidas (OMS, s/d).

Existem diversas ferramentas para detecção e ajuda diagnóstica para o TEA, como entrevistas semiestruturadas e questionários. As mais utilizadas são:

Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised (M-CHAT) e Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), (Velarde, Cardenas, 2022).

Os manuais diagnósticos vigentes no século XXI são: DSM-IV-TR e DSM-5, conduzidos pela APA; e CID-10 e CID-11, coordenados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019). O DSM-5 e a CID-11 entendem o autismo dentro de um único espectro ou categoria, variando em níveis de gravidade, baseado na funcionalidade (DSM-5); ou em níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional (CID-11). Além disso, ambos nomeiam o autismo como transtorno do espectro autista (TEA). O DSM-5 apresenta níveis diferentes relacionados à gravidade do caso, sendo classificados em:

- a) Nível I - na ausência de apoio, há prejuízo social notável, dificuldades para iniciar interações, por vezes parecem apresentar um interesse reduzido por estas, há tentativas malsucedidas no contato social, além da dificuldade de organização, planejamento e certa inflexibilidade de comportamentos;
- b) Nível II - exige apoio substancial havendo prejuízos sociais aparentes, limitações para iniciar e manter interações, inflexibilidade de comportamento e dificuldade para lidar com mudanças;
- c) Nível III - exige muito apoio substancial, havendo déficits graves nas habilidades de comunicação social, inflexibilidade de comportamento e extrema dificuldade com mudanças.

Assim, quanto menor o grau de comprometimento, melhor tende a ser o prognóstico da pessoa. Já o CID-11 considera, de forma mais clara, a deficiência intelectual e a linguagem funcional, e os diferentes diagnósticos são enquadrados em função do nível de prejuízos nestas habilidades cognitivas (Fernandes, et al, 2020).

De fato, o aumento dos casos de autismo pode estar relacionado ao diagnóstico rápido, incluindo a observação realizada pela equipe de enfermagem no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente.

1.4 ENFERMAGEM E O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO

A realização de consulta de Enfermagem por enfermeiros está respaldada pela Lei 7.498/86 (art. 11, inciso I, alínea “i”);

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

[...]
i) consulta de
enfermagem; [...]
(Brasil, 1986)

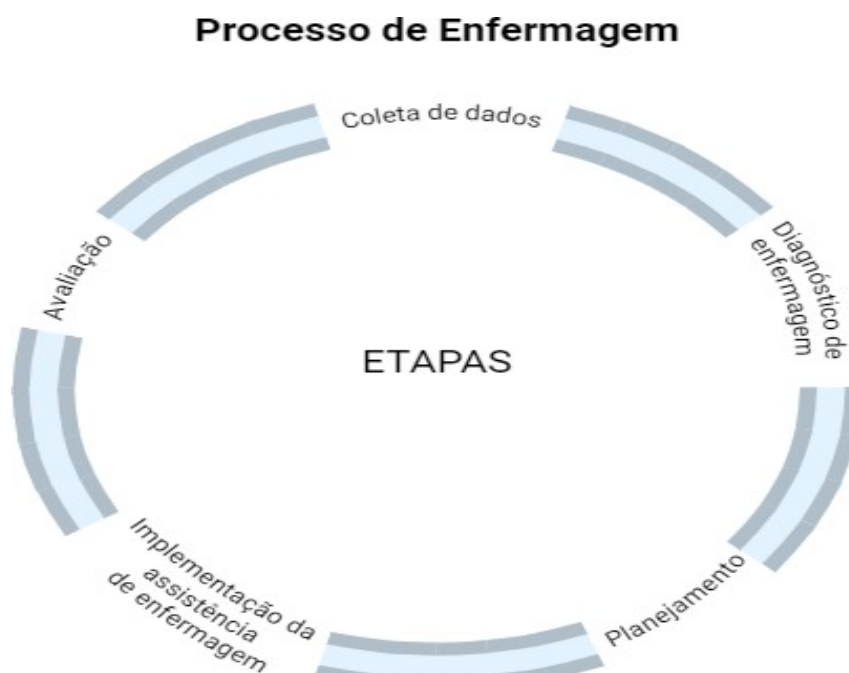
pelo Decreto 94.406/87 (art. 8º, inciso I, alínea “e”);

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:
I - privativamente:
[...]
e) consulta de
enfermagem; [...]
(Brasil, 1987)

e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sendo regulamentada pela Resolução COFEN 358/2009, que diz sobre os deveres do enfermeiro em uma consulta de enfermagem (COFEN, 2009).

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) serve para administrar e ser um recurso no desenvolvimento, refinamento, disseminação e promoção da terminologia de diagnóstico de enfermagem e estrutura taxonômica utilizada por profissionais enfermeiros no mundo todo e promover o desenvolvimento do conceito teórico baseado no conhecimento da enfermagem, (Estatuto social da Nanda internacional, INC., 2020). O processo de enfermagem requer ciência da teoria, e inclui na consulta a avaliação, diagnóstico, planejamento, intervenção e implementação de enfermagem (Lepak, Lopes, 2021).

Figura 1 – Processo de Enfermagem.



Fonte: Da Rosa G.K, 2024, desenvolvido pelo app BioRender.

Na consulta com crianças e adolescentes, o enfermeiro deve realizar uma avaliação abrangente, levando em consideração aspectos físicos, emocionais, sociais e de desenvolvimento. Essa avaliação inclui a história clínica, o exame físico, a identificação de fatores de risco e a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança ou adolescente (Sweetmore et al., 2022; Cleary et al., 2024).

Os marcos do desenvolvimento infantil são necessários para avaliar o crescimento, o desenvolvimento de habilidades e capacidades físicas, motoras, intelectuais, sociais, e emocionais da criança. A primeira infância, período que vai do nascimento aos seis anos de idade, é uma fase importantíssima para a socialização infantil. Nessa fase são definidas as principais características da forma de ser e a maneira como a criança irá interagir com seus familiares e sociedade (Ministério da saúde, 2023), (Anexo A,B,C,D,E).

Durante a avaliação, o enfermeiro deve estar atento a sinais e sintomas que possam indicar problemas de saúde, bem como observar o padrão de crescimento e desenvolvimento da criança ou adolescente (Cleary et al., 2024). Isso envolve a medição de parâmetros antropométricos, como peso, altura e índice de massa corporal, bem como a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, da linguagem, da coordenação motora e do comportamento (Turnage et al., 2022).

Essa avaliação permite ao enfermeiro identificar eventuais atrasos ou alterações no desenvolvimento, possibilitando a implementação de intervenções de enfermagem adequadas para promover a saúde e o bem-estar da criança ou do adolescente (Turnage et al., 2022).

1.4.1 Estratégias de assistência de enfermagem

Ao cuidar de uma pessoa com TEA, é importante evitar demonstrar desaprovação pela forma como ela se expressa e estar atento para descartar as suas preocupações, por menores ou insignificantes que possam parecer. Como, alguns autistas podem fazer perguntas mais detalhadas aos profissionais de saúde ou podem ser bastante diretas. É importante dar ao paciente tempo para falar sobre suas preocupações e sanar qualquer dúvida que surgir. A leitura nas entrelinhas deve ser evitada. Alguns autistas terão dificuldades se as pessoas usarem analogias, ironia ou sarcasmo, por isso é melhor usar um estilo de comunicação direto e breve, (Bradshaw et al., 2021). A maioria dos pacientes e familiares busca formas de minimizar o impacto do recebimento do diagnóstico: adquirindo informações, aceitando o diagnóstico, realizando o tratamento, buscando ajuda profissional para procurar compreender o transtorno, (Aguiar; Pondé, 2020).

Uma intervenção precoce pode auxiliar significativamente no desenvolvimento da autonomia, bem como das habilidades sociais e de comunicação, em crianças com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A abordagem colaborativa no trabalho em equipe tem sido uma estratégia eficaz para enfrentar os desafios associados ao TEA. A colaboração entre profissionais de diversas áreas é fundamental para aprimorar os cuidados de saúde e o desempenho educacional dessas crianças. Essa metodologia promove a interação, o compartilhamento de experiências clínicas, o planejamento, a avaliação e a implementação de ações conjuntas entre diferentes especialistas, culminando em intervenções mais práticas (Romeu; Rossit, 2022).

Em 1983, Dr. Raymond Rosenberg acordou com diversas pessoas de sua comunidade a ausência de pesquisas e tratamentos disponíveis no Brasil para atender crianças com autismo. Motivados pela necessidade de construir um futuro que garanta maior independência e produtividade aos seus filhos, um grupo de pais uniu forças para criar a AMA – Associação de Amigos do Autista, tornando-se a

primeira associação voltada ao autismo no Brasil (AMA, s/d).

Desde sua fundação, a AMA se dedica à pesquisa, ao desenvolvimento e à aplicação de métodos de tratamento alinhados às descobertas mais recentes da psicologia e da educação para pessoas com TEA. Como uma instituição beneficente e sem fins lucrativos, a AMA enfrenta desafios financeiros constantes, apesar de oferecer atendimento 100% gratuito graças a convênios com as Secretarias de Estado de Educação e Saúde. Contudo, esses convênios não cobrem integralmente os custos e investimentos necessários para a manutenção da associação (AMA, s/d).

1.5 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR INFANTIL

Iniciado desde a vida intrauterina, o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) infantil é um processo essencial e único que todo ser humano vivencia. É considerado uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva que provoca mudanças em diversas áreas sendo elas: física, social, emocional e cognitiva. Esse avanço é resultante da influência mútua entre herança genética e influências do ambiente na qual ele vive. Visto que, a estrutura cerebral da criança é moldada nos primeiros anos de vida, uma maior atenção na primeira infância (marcada de 0 aos 6 anos de idade) vai resultar em benefícios que perduram por toda vida e que vão repercutir na saúde, aprendizagem, autonomia e consciência social (Brito, L, C. Dos S., et al, 2022).

O desenvolvimento infantil é resultante das interações entre fatores genéticos, biológicos e ambientais. Diversos elementos são considerados potenciais riscos para o neurodesenvolvimento, uma vez que constituem adversidades que afetam as famílias e o contexto socioeconômico mais amplo, comprometendo a saúde, nutrição, segurança e proteção, cuidados responsivos e aprendizado precoce. Entre os fatores de risco pré-natais, destacam-se a restrição do crescimento intrauterino, a exposição ao chumbo, a infecção materna pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as deficiências de iodo e ferro. No período pós-natal, destacam-se o déficit estrutural, a malária, bem como fatores que limitam as oportunidades de aprendizado e a estimulação precoce da criança, tais como a depressão materna, a violência doméstica e a institucionalização, (Sousa; Claro; Rondó, 2022).

Os primeiros anos de vida do ser humano são essenciais para a aquisição de conhecimentos e habilidades, demonstrando mudanças marcantes nas dimensões cognitivas, motoras, sociais e afetivas. O desenvolvimento motor é considerado um processo sequencial, contínuo e relacionado à idade cronológica, através do qual o ser humano adquire uma vasta gama de habilidades motoras. Esse é o desenvolvimento progressivo de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras futuras altamente organizadas e complexas, (Araújo, et al., 2019).

O conhecimento dele é primordial para a identificação de sinais de risco e os procedimentos de triagens são de extrema relevância para a tomada de medidas que minimizem prováveis atrasos no desenvolvimento, bem como os efeitos deletérios que estes atrasos possam causar. Com o procedimento de rastreamento do neurodesenvolvimento e identificação de sinais de risco, é possível a verificação de cada área em particular, por meio de procedimentos diagnósticos adicionais e padronizados para a realidade da população alvo. Conhecer a expectativa do desenvolvimento para cada faixa etária colabora no encaminhamento para estimulação segura, favorecendo que a pessoa possa desenvolver plenamente seu potencial. A mensuração do desenvolvimento infantil é fundamental para as determinações clínicas sobre as necessidades das crianças e famílias (Ferreira-Vasques; Rocha; Lamônica, 2023).

Os marcos de desenvolvimento são escalas que mostram etapas cruciais desde o nascimento até os 5 anos de idade. A escala Denver II, como exemplo, é um método de observação do desenvolvimento cerebral, e tem como objeto de estudo a criança na fase da primeira infância. De modo geral, ele avalia as habilidades sociais e linguagem da criança, bem como a coordenação motora grossa e fina em diferentes momentos. Alguns dos pontos observados são:
Desenvolvimento social:

Sorrir de forma espontânea - 2 meses

Olhar o examinador e segui-lo em 180° - 4

meses Levar a mão a objetos - 5 meses

Demonstrar medo de estranhos - 10

meses Bater palma - 11 meses

Dar tchau - 14 meses
Imitar atividades diárias - 16 meses
Desenvolvimento motor:
Sustentar a cabeça - 4
meses Sentar com apoio - 6
meses Sentar sem apoio - 7
meses
Fazer pinça superior - 10
meses Ficar em pé com
apoio - 10 meses Andar sem
apoio - 15 meses
Desenvolvimento da
linguagem Balbuciar - 6
meses
Falar as primeiras palavras - 12
meses Juntar duas palavras - 2
anos Construir frases
gramaticais - 3 anos
(OMS - Desenvolvimento neuropsicomotor, [s/d]).

São indicadas elevadas taxas de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) infantil, com uma prevalência registrada no contexto brasileiro variando de 29,5% a 30,8%. Ademais, estima-se que os profissionais de saúde conseguem identificar apenas 30% das pessoas com atraso no desenvolvimento, geralmente detectando apenas os casos mais graves. Considerando que se trata de um problema de saúde pública, o preço de um diagnóstico e intervenção precoce custa até cem vezes menos comparado com o tratamento de um diagnóstico tardio (Brito et al., 2022).

Nos estudos sobre a motricidade fina se evidencia que ainda existem limitações no tratamento da motricidade fina, que servem como base no controle muscular especificamente em pré-escrita no sexto ano de vida. De maneira que, a mão é fundamental para o impulso perceptivo, cognitivo e para o desenvolvimento afetivo (Nascimento, 2021).

A capacidade da motricidade grossa refere-se a tarefas que necessitem da participação de grandes grupos de músculos, fazendo os movimentos serem grandes e de pouca precisão, como por exemplo sentar e levantar de uma cadeira (Rodrigues,2024).

1.5.1 Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor no autismo

A etiologia do TEA inclui uma herança multifatorial associada a fatores de risco genéticos, biológicos e ambientais em uma combinação de características aditivas. A inflamação, a disfunção imunológica e a interação entre esses fatores têm sido associadas tanto à etiologia quanto à gravidade dos sintomas, sendo observadas desde a fase fetal e em diferentes fases do ciclo vital em indivíduos com autismo (Gonçalves et al., 2023).

É considerado um espectro pela variabilidade de particularidades em que pode ocorrer. Nesse sentido, as áreas do funcionamento global, que são a comunicação social e a flexibilidade cognitiva e comportamental, são afetadas, segundo. A comunicação social e a flexibilidade cognitiva são processos que ocorrem na interação com as pessoas, e é onde a população com TEA apresenta um déficit no estabelecimento de inferências sobre os seus próprios pensamentos, intenções e emoções e dos outros. Seu funcionamento social é afetado, pois muitos requerem um grande esforço cognitivo para se administrarem em ambientes sociais. A flexibilidade cognitiva refere-se à capacidade de adaptação a mudanças e novas situações (López Pacheco, 2023).

Entre as áreas de maiores atrasos, a linguagem parece ser a área de maiores riscos, esquema corporal/rapidez, organização espacial e linguagem/organização temporal em estudos que utilizam escalas psicomotoras, sendo que muitos estudos, tanto voltados à área da educação como da saúde, citam o uso da Escala de Desenvolvimento Motor (EDM) em crianças típicas ou atípicas, com dificuldades de aprendizagem e/ou com atrasos no DNPM para identificação de sinais desviantes, Identificar esses atrasos o quanto antes deve ser foco de ações dos profissionais de saúde e educação e ainda mais, do trabalho intersetorial entre os mesmos (Mélo et al, 2020).

De fato, o estudo buscou contribuir para a compreensão das alterações da psicomotricidade em adultos autistas e seus impactos na vida cotidiana e

participação social, podendo gerar subsídios para a implementação de intervenções de enfermagem, para garantia do bem-estar tanto do indivíduo quanto da família. Para isso, o objetivo do trabalho foi analisar as alterações da psicomotricidade em adultos autistas, investigando suas características e possíveis impactos na vida cotidiana e na participação social.

1.6 JUSTIFICATIVA

Após o convívio acadêmico e profissional somado a leituras científicas observa-se que o estudo das características das alterações da psicomotricidade em adultos autistas é relevante para a atuação da equipe multiprofissional, pois essa população frequentemente apresenta dificuldades motoras que podem impactar significativamente sua vida diária e participação social. A psicomotricidade envolve diversos aspectos, como a praxia global e fina, a percepção espacial, o tônus muscular e a lateralidade, que são fundamentais para o desenvolvimento de habilidades funcionais e de interação social. Compreender como essas diferentes áreas da psicomotricidade se apresentam nos adultos autistas é essencial para planejar intervenções eficazes que visem melhorar sua autonomia e qualidade de vida.

Além disso, evidências na literatura sugerem que as alterações da psicomotricidade em adultos autistas estão associadas a dificuldades nas habilidades sociais e menor autonomia na vida cotidiana. Essa relação precisa ser investigada de forma mais aprofundada, a fim de esclarecer os mecanismos subjacentes e as implicações práticas para o cuidado dessa população. Identificar os possíveis impactos das alterações psicomotoras na vida cotidiana e na participação social de adultos autistas permitirá o desenvolvimento de estratégias de intervenção e apoio mais direcionadas e efetivas.

Portanto, o estudo das características das alterações da psicomotricidade em adultos autistas e de seus possíveis impactos na vida diária e na participação social é fundamental para ampliar o conhecimento nessa área e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população e a rede de atenção familiar, escolar, e nos espaços na qual ela frequenta. Os resultados desta investigação poderão subsidiar o planejamento de ações de saúde e educação voltadas para a promoção da autonomia, inclusão social e bem-estar dos adultos autistas, auxiliando

o profissional enfermeiro na identificação das demandas terapêuticas.

2 OBJETIVO

2.2 OBJETIVO GERAL

Analisar as alterações da psicomotricidade em adultos autistas, investigando suas características e possíveis impactos na vida cotidiana e na participação social.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as diferentes áreas da psicomotricidade (prática espacial, praxia global e fina, tônus muscular, lateralidade e esquema corporal) em adultos autistas.

Identificar as relações entre as alterações da psicomotricidade e as habilidades sociais, a autonomia e a qualidade de vida em adultos autista.

3 MÉTODOS

3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem da pesquisa foi qualitativa e quantitativa, examinando evidências baseadas em dados verbais e visuais para entender um fenômeno em profundidade. Portanto, seus resultados surgiram de dados empíricos, coletados de forma sistemática (Machado, 2021). A metodologia qualitativa analisou experiências de indivíduos ou grupos, examinou interações ou comunicações que estavam em desenvolvimento e investigou documentos ou semelhança de experiências ou interações (Flick, 2009).

A modalidade de pesquisa quantitativa “interpretou as informações quantitativas por meio de símbolos numéricos e modelos estatísticos” (Knechtel, 2014). A classificação da pesquisa como “quantitativa” refere-se ao tipo de tratamento dos dados. No tratamento quantitativo, utilizaram-se experimentos e cálculos estatísticos, como processos que orientaram as interpretações analíticas. Os tratamentos “quantitativo” e “qualitativo” não foram excludentes e puderam se associar e se complementar mutuamente nas pesquisas (Oliveira, 2011).

3.3 TIPO DE ESTUDO

Foi um estudo do tipo observacional. A pesquisa se concentrou em observar e registrar determinadas características ou fenômenos de uma população, sem realizar qualquer tipo de intervenção. Nesse tipo de pesquisa, o objetivo foi descrever e analisar os padrões e tendências observados, sem estabelecer relações de causalidade entre as variáveis (Polit & Beck, 2011, p. 228). O pesquisador seguiu um protocolo estruturado para realizar as observações de forma sistemática, coletando dados em um determinado momento (estudos transversais). Essa abordagem foi útil para explorar fenômenos, gerar hipóteses e fornecer evidências preliminares para estudos futuros, sem a necessidade de manipular variáveis ou realizar intervenções por parte do pesquisador (Polit & Beck, 2011, p. 229).

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na Associação de Pais e Amigos de

Autistas da Região Carbonífera (AMA-REC/SC), localizado na rua Antônio Rossi - Vila Zuleima, Cep 88817-140, Criciúma/SC.

3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O público-alvo foram indivíduos com diagnóstico de TEA, que faziam parte da AMA-REC. Participaram da pesquisa uma amostra de 8 indivíduos sendo acompanhados de forma direta pela instituição e apresentaram idade superior a 18 anos, levando em questão o aspecto assiduidade no período da pesquisa.

3.5.1 Critérios de inclusão

Os participantes que fizeram parte dessa pesquisa apresentaram os seguintes critérios de inclusão:

- a) Diagnóstico médico de TEA a mais de 6 meses
- b) Estar matriculados na AMA-REC;
- c) Ter mais de 18 anos;
- d) Aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Espontâneo (TCLE) pelo familiar ou responsável formal (APÊNDICE B);

3.5.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os participantes da pesquisa que:

- a) Possuem diagnóstico de TEA a menos de 6 (seis) meses;
- b) Serem menores de 18 anos;
- c) Não quiseram participar ou não finalizaram a pesquisa ou não devolveram o TCLE assinado.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O estudo se deu através dos momentos descritos abaixo:

1º Momento: solicitação da carta de aceite do local da pesquisa;

2º Momento: envio do projeto ao comitê de ética e aprovação sobre o protocolo número 6968196;

3º Momento: Coleta de dados, foi realizada de 01 a 30 de setembro de

2024, através de um questionário semi-estruturado o qual analisa o comportamento social e a interação, bem como a atividade motora.

Análise através das escalas de QA e ADOS-2;

4º Momento: análise dos resultados e interpretação;

5º Momento: descrição e construção do trabalho de conclusão de curso;

6º Momento: apresentação para a banca avaliadora;

7º Momento: confecção do manuscrito e submissão a revista científica.

Figura 2 – Demonstração do procedimento de coleta de dados.



Fonte: Domingui. D, Da Rosa. G. K, 2024, desenvolvido pelo aplicativo BioRender.

3.7 QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA A OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA

Foi realizada a observação sistematizada a partir de um questionário estruturado com 7 domínios que o investigador, ao observar o comportamento do indivíduo com autismo, executou a anotação. Sendo observado a Praxia global (coordenação motora ampla), Praxia fina (coordenação motora fina), Percepção e organização espacial, Lateralidade, Tônus muscular, Esquema corporal e Impactos no cotidiano e participação social, (Domingui. D, 2024), (APÊNDICE A).

3.7.1 Quociente Autista

O Quociente do Espectro do Autismo - Adultos (QA) é uma escala

desenvolvida para avaliar traços de autismo em pessoas com mais de 16 anos. Essa ferramenta consiste em um questionário estruturado que mede a intensidade das características associadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os itens do questionário abrangem diversas áreas, como habilidades sociais, comunicação, imaginação, e atenção aos detalhes. A pontuação obtida ajuda a identificar a presença e a gravidade dos traços autísticos, sendo um recurso valioso tanto para o diagnóstico quanto para a compreensão das necessidades individuais de cada pessoa, auxiliando no planejamento de intervenções e no monitoramento do progresso ao longo do tempo (Anexo F).

3.7.2 Escala ADOS-2

O Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2) é recomendado para apoiar a avaliação clínica do TEA, mas o diagnóstico é realizado em última análise, através de uma decisão clínica. O ADOS-2 é uma medida padronizada semiestruturada de comunicação atual, interação social, brincadeira/imaginação e comportamentos restritos/repetitivos, (Blackmore; Nolan; Stoencheva, et al.,2023).

O Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2) é uma ferramenta de avaliação utilizada para diagnosticar o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ele consiste em uma série de atividades padronizadas que permitem observar comportamentos sociais, de comunicação e de jogo em indivíduos. O ADOS-2 possui 7 módulos para diferentes idades e níveis de linguagem expressivas, sendo que cinco módulos estão disponíveis comercialmente e o Adaptado-ADOS está disponível para pesquisadores (Hong, et al., 2022), (ANEXO G).

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise e interpretação dos dados qualitativos foi realizada pela categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Para os dados qualitativos foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (2011), que tem o objetivo de descrever o resultado dos indicadores do conteúdo e permite a realização de inferência de conhecimentos por domínios categóricos. Já os dados quantitativos foram apresentados por meio de frequência absoluta, representados em tabelas. Já os resultados quantitativos foram expressos em média e em erro padrão da média, sendo processados pelo aplicativo *Prism* na versão 9.0. Os valores de significância foram calculados através do teste T para amostras independentes, sendo valor de $p < 0,05$ para significância.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os responsáveis estarão sujeitos a assinarem um termo de consentimento, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). E de acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (Brasil, 2012, p.2).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (Brasil, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, as proteções de imagem devem ser assegurados aos participantes no

decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.

5 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta informações sobre oito participantes de atendimento com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Dentre eles, cinco são do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades variando de 22 a 40 anos. Em relação ao diagnóstico, cinco participantes têm TEA grau 2 e três têm TEA grau 3, evidenciando a diversidade nas necessidades de apoio e intervenção. Para melhor apresentação dos participantes e manter o sigilo, foram nomeados com P para cada participante.

Tabela 1 – Identificação da amostra investigada.

PARTICIPANTE	SEXO	IDADE	TEMPO DE ATENDIMENTO	DIAGNÓSTICO
P1	Feminino	29 anos	5h	TEA - Grau 2
P2	Masculino	26 anos	5h	TEA - Grau 2
P3	Masculino	40 anos	6h	TEA - Grau 2
P4	Feminino	24 anos	8h	TEA - Grau 3
P5	Feminino	22 anos	8h	TEA - Grau 2
P6	Masculino	25 anos	8h	TEA - Grau 3
P7	Masculino	38 anos	6h	TEA - Grau 3
P8	Masculino	28 anos	5h	TEA - Grau 3

Fonte: Da Rosa. G.K., 2024.

5.2 CARACTERÍSTICAS DO AUTISMO – ADOS 2

Ao analisar cada participante através da escala ADOS 2, observou-se que dois participantes (P2 e P3) realizam tarefas de construção sem qualquer dificuldade ou necessidade de assistência. Um participante (P5) vocaliza a necessidade de ajuda devido à fraqueza muscular causada pela síndrome de Rett. Outros participantes (P4, P6, P7) apresentam dificuldades variadas, incluindo a necessidade de assistência física para realizar atividades. Ao avaliar a resposta ao nome, dois participantes (P2 e P3) respondem prontamente ao serem chamados pelo nome. Um participante (P4) não responde de forma alguma, enquanto outros (P1, P6) requerem múltiplas chamadas para responder. Ressalta-se que nenhum dos participantes do presente estudo consegue participar de jogos de faz-de-conta, indicando uma dificuldade generalizada nesta área.

Ao avaliar a execução de atividades em grupo, percebeu-se que três participantes (P1, P2, P3) são capazes de interagir durante atividades conjuntas,

fazendo perguntas ao examinador. Um participante (P8) demonstra prazer em brincar em grupo, enquanto outros (P4, P5, P6, P7) mostram dificuldades significativas em interação. Além disso, dois participantes (P2, P3) conseguem manter uma conversa e fazer questionamentos. Outros (P5, P8) utilizam formas limitadas de comunicação, como ecolalia ou comunicação não verbal.

Ao avaliar a atenção conjunta, três participantes (P1, P3, P8) conseguem mudar o foco de atenção corretamente durante uma conversa. Outros (P4, P5, P6) demonstram dificuldades em manter contato visual ou mudar o foco de atenção. Ao pedir a demonstração de objetos, observou-se que os participantes exibiam uma gama de interesses pessoais. Por exemplo, P5 demonstra afeto por seus pais, enquanto P6 tem um hiperfoco em motos e bicicletas.

Ao avaliar os processos de descrições de cenas e imagens, dois participantes (P2, P3) conseguem descrever imagens sem dificuldade. Outros (P5, P6, P8) não conseguem descrever verbalmente, mas podem expressar sentimentos através de expressões faciais. Ao avaliar a contação de histórias, a maioria dos participantes demonstraram dificuldades em imaginar ou seguir narrativas, com exceção de P8, que presta atenção e mostra compreensão ao ouvir histórias. A maioria dos participantes (P1, P3, P5, P6) demonstra ansiedade quando a rotina é alterada, com P8 sendo uma exceção, mostrando flexibilidade às mudanças.

Participantes como P2 e P7 se alimentam sozinhos, embora P7 precise de ajuda ocasional devido à velocidade na qual ingere alimentos. P5 requer assistência completa para se alimentar. Já os participantes como P2 e P5 expressam alegria em festas de aniversário, enquanto P4 e P6 mostram aversão a barulhos e multidões. Jogo com Bolhas de Sabão: Participantes como P2 e P3 mostram interesse e encantamento pelas bolhas, enquanto P1 e P6 não gostam ou não permitem a realização da atividade. Além disso, ao introduzir jogos livres, dois participantes (P2, P3) jogam sem dificuldades. Outros, como P4, não participam de jogos livres sem assistência.

QUESTÕES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Tarefa de construção:	Consegue montar um quebra cabeças com facilidade, em determinados momentos pede para alguém alcançar peças que estão longe da mesma, mas ao ser dito para a mesma se levantar e pegar a peça ela levanta a peça e diz que estava com "preguiça" de levantar.	Realiza tudo sozinho perfeitamente sem qualquer auxílio.	Realiza tudo sozinho sem qualquer dificuldade.	Pessoa com autismo não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos. Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Vocaliza que precisa alcançar os objetos, mas tem grande dificuldade motora e devido síndrome de Rett que causa fraqueza muscular em mãos e pernas.	Realiza com facilidade em suas mãos, pergunta se está correto onde está colocando a peça de montar, faz com calma e paciência.	Realiza corretamente, porém com tremedeiras em suas mãos, pergunta se está correto onde está colocando a peça de montar, faz com calma e paciência.	Realiza com facilidade em suas mãos, pergunta se está correto onde está colocando a peça de montar, faz com calma e paciência.
Resposta ao nome:	Atende pelo chamado do nome, às vezes sendo necessário chamar mais de 3 vezes para obter sua atenção.	Responde na primeira chamada ao nome, está sempre a disposição.	Responde na primeira chamada ao nome, mas às vezes responde apenas com aceno de cabeça.	Não responde ao nome de maneira alguma.	Responde com olhar ou sons, raramente com palavras.	Olha quando é chamado pela 4-5 vez.	Responde ao nome quando chamado pela 2 vez.	Responde com olhar na primeira vez que chamam seu nome.
Jogo faz-de-conta:	Sem interação com bonecas e/ou personagens, gosta de jogos que possuam regras e sendo, que não seja necessário imaginar para brincar.	Não consegue imaginar e brincar de faz-de-conta.	Não consegue imaginar e brincar de faz-de-conta.	Não consegue imaginar e brincar de faz-de-conta.	Não consegue imaginar e fazer de conta devido à síndrome de Rett, antes dela se desenvolver conseguiu caminhar, conversar e ler.	Não consegue imaginar e brincar de faz-de-conta.	Não consegue imaginar e brincar de faz-de-conta.	Não consegue imaginar e brincar de faz-de-conta.
Jogo de interação conjunta:	Ao realizar questionários, pergunta ao examinador, onde mora, qual o nome, idade e onde estuda.	Ao realizar questionários, pergunta ao examinador, onde mora, qual o nome, idade e onde estuda.	Ao realizar questionários, pergunta ao examinador, onde mora, qual o nome, idade e onde estuda.	Pessoa com autismo não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos. Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Possui grande dificuldade de jogar devido à rigidez e atolia muscular, não consegue pegar firmemente em um bloco de montar, (fraqueza muscular).	Não possui coordenação motora para desenvolver atividades por conta própria, mas consegue se alguém segura em sua mão.	Em momentos de atividades e brincadeiras fica a todo momento realizando masturbação em sala de aula, às vezes retirando sua roupa em meio a sala; Possui grave quadro de psicopatia.	Gosta de brincar de blocos de montar, demonstra prazer e felicidade em brincar e grupo, tendo facilidade ao fazer casas e castelos com blocos.

QUESTÕES	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8
Conversação:	Pessoa com autismo o não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos, Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Continua a conversa, realiza questionamentos sobre o assunto para o examinador.	Continua a conversa, realiza questionamentos sobre o assunto para o examinador.	Pessoa com autismo o não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos, Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Conversa e pergunta com dificuldades para sair a fala e pausadamente sobre o nome do examinador.	Pessoa com autismo não verbal.	Responde a comandos e realiza questionamentos com frases em ecolalia.	Pessoa com autismo o não verbal, conversa por olhares ou apontando o que quer no momento.
Resposta a atenção conjunta:	Muda o foco de um a pessoa a outra junto com o desenvolvimento da conversa.	Realiza corretamente a mudança de olhar de uma pessoa a outra durante a conversa	Muda o foco de um a pessoa a outra junto com o desenvolvimento da conversa.	Pessoa com autismo o não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos, Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	É capaz de mudar o olhar de foco, mas demonstra dor ao virar a cabeça para olhar.	Não encara as pessoas, fica a olhar para o chão ou teto, nunca nos olhos do outro.	Em determinados momentos fica encarando o outro com sinais e olhares vulgares.	Realiza corretamente a mudança de olhar de uma pessoa a outra durante a conversa.
Tarefa de demonstração:	Ama ficar deitada no sofá de sua casa assistindo televisão e mexendo no celular. Imita a forma na qual fica deitada jogando.	Não demonstra nada sobre sua família.	Demuestra que sai com a família e leva seu bone de ouvido para escutar suas músicas dentro do carro.	Pessoa com autismo o não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos, Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Pais sempre a deixam muito arruinada e chateada para ir a bicicleta, tudo que seus pais possuem em casa, se der uma bicicleta em suas mãos é capaz de montar e desmontar a mesma sem nenhuma dificuldade.	Hiperfoco em motos e bicicletas, tudo que seus pais possuem em casa, se der uma bicicleta em suas mãos é capaz de montar e desmontar a mesma sem nenhuma dificuldade.	Relatou que mãe morreu e que a mesma mora no céu e questiona-se o tempo todo porque não mora com ela.	Ao ser perguntado sobre sua família demonstra face de admiração e felicidade e abraça a si mesmo.
Descrição de uma imagem:	Não gosta de barulhos no geral, mas adora ouvir sertanejo e a fanfarras de 7 de setem bro.	Consegue descrever o que está observando, não possui dificuldade.	Consegue descrever o que está observando, não possui dificuldade.	Pessoa com autismo o não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos, Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Não consegue descrever o que está observando, nem demonstra interesse no assunto/tema.	Não descreve o que está observando em palavras, mas demonstra em sua face seus sentimentos em relação a o que está observando.	Pede para colocar Tim Maia seu cantor favorito para escutar, já que o mesmo fica mais calmo com a música.	Não descreve o que está observando em palavras, mas demonstra em sua face seus sentimentos em relação a o que está observando.
Contar uma história de um livro:	Não consegue ler, não presta atenção nas histórias contadas pois não consegue imaginá-las.	Não consegue contar uma história fictícia, apenas algo de seguir ordem cronológica dos acontecimentos.	Sabe ler, mas possui muita dificuldade em ler livros no geral, pois não consegue imaginar o que está acontecendo. Apenas consegue compreender caso sejam gibis ou livros com gravuras e muitas imagens.	Pessoa com autismo o não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos, Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Não consegue ler, não presta atenção nas histórias contadas pois não consegue imaginá-las.	Não consegue ler, não presta atenção nas histórias contadas pois não consegue imaginá-las.	Não consegue contar uma história fictícia, apenas algo de seguir ordem cronológica dos acontecimentos.	Não consegue ler, mas presta atenção na história mostrando que está entendendo o que se é falado e mostrado no livro.

QUESTÕES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Jogo livre:	Realiza questionamentos referentes ao jogo sobre como é feito e se está realizando corretamente o esperado pelo jogo.	Realiza jogos sem dificuldades e sem precisar de ajuda.	Realiza jogos sem dificuldades e sem precisar de ajuda, prefere jogar sozinho ao invés de fazer com outras pessoas.	Pessoa com autismo não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos. Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Gosta de brincar e jogar, mas fica completamente frustrada por não conseguir fazer direito e pregar com sua mão devido atrofia.	Gosta de brincar na academia ao ar livre da AMA, adora ir na bicicleta da academia e ficar pedalando e olhando o céu.	Realiza jogos sem dificuldades em determinados momentos pede ajuda, prefere jogar sozinho ao invés de fazer com outras pessoas.	Realiza jogos sem dificuldades e sem precisar de ajuda, prefere jogar com todos ao invés de jogar sozinho.
Festa de aniversário:	Não participa de aniversários e não gosta do barulho das palmas (audição sensível).	Amo festas de aniversários, devido a doces, salgadinhos e música.	Questiona o dia na qual o examinador faz aniversário e a parabeniza com um aperto de mão e felicitações ao saber que está de aniversário no dia.	Pessoa com autismo não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos. Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Amo muito e fica muito feliz em aniversários e cantar parabéns as pessoas, diz aborçar a festa e bater palmas, fica com expressão de felicidade extrema.	Não suporta barulhos principalmente de festas, sempre tapa os ouvidos pois o barulho está demais para sua mente.	Não gosta, porém participa observando sentado em um canto longe de todos e com abafador de ruídos, se balançando de um lado para o outro a todo momento.	Fica muito feliz em aniversários demonstra adora bater palmas durante os parabéns, fica com expressão de felicidade e alegria em seu rosto.
Lanche:	Pede em todas as refeições na AMA por bolinho de arroz e caso não tenha fica chateada e chorosa.	Cuida da alimentação devido ser insulino dependente, sempre pergunta se na comida tem açúcar e se tem não come pois sabe que passa mal se comer muito doce.	Anososo por todos os momentos de refeição ou lanche, possui compulsão alimentar e precisa ser controlado para não comer além do necessário, sem muita noção de quando deve parar.	Consegue se alimentar sozinho, porém com comidas apenas na textura de papinha pois só engole a comida, não consegue mastigar o alimento.	Se alimenta com auxílio, não come sozinho, sempre pede pelo seu leite com bolacha esmagada.	Anososo por todos os momentos de refeição ou lanche, possui compulsão alimentar e precisa ser controlado para não comer além do necessário, sem muita noção de quando deve parar, se alimenta sozinho.	Alimenta-se sozinho com colher, mas quase sempre precisa de ajuda pois se engasga por comer rápido demais e querer sempre mais.	Não se alimenta na AMA.
Antecipação de uma rotina com objetos:	A todo momento pergunta se está na hora de ir ao parque tomar um sol e relaxar, parando de pedir apenas quando a professora solicita.	Fica demonstrando ansiedade a todo momento durante a conversa com examinador devido querer saber quais serão os próximos questionamentos que lhe serão realizados.	Pergunta mais a todo o tempo se já está na hora de tomar café, pois está com fome, mesmo tendo acabado de chegar do almoço.	Pessoa com autismo não verbal, não realiza nenhuma atividade, não responde a comandos apenas com um outro segurando em suas mãos. Tudo que fica próximo a ela em cima de mesas ela joga no chão e puxa o corpo de quem está perto da mesma.	Caso tirem a ordem de sua rotina sem avisar com antecedência, demonstra muita ansiedade, nervosismo e possui grandes chances de entrar em crise.	Caso tirem a ordem de sua rotina avisando ou não com antecedência, demonstra muita ansiedade, nervosismo e entra em crise.	A todo momento pergunta se está na hora de ir para casa, parando de pedir apenas quando a professora solicita.	Não tem problemas caso sua rotina seja mudada do dia pra noite, demonstra gostar de mudanças e coisas novas.
Jogo com bolhas de sabão:	Não gosta de bolhas de sabão, não permite realização da atividade.	Se interessa, e olha para as bolhas com olhar de encantamento, não as estoura, apenas as observa.	Se interessa, e olha para as bolhas com olhar de encantamento, as estoura e dá risada ao ver elas explodindo.	Se interessa, e olha para as bolhas com olhar de felicidade, as estoura e dá gargalhadas ao ver elas explodindo.	Se interessa, ficou a todo momento olhando para as bolhas de sabão e sorrindo para elas.	Não gosta de bolhas de sabão, não permite realização da atividade.	Não se interessa e olha para o lado contrário das bolhas de sabão, demonstrando insatisfação.	Se interessa, e olha para as bolhas com olhar de encantamento, não as estoura, apenas as observa.

5.3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE AUTISMO

Observamos padrões distintos nas pontuações do teste de AQ, começando pelas Habilidades Sociais, o Paciente 2 se destacou com a maior pontuação, indicando que ele pode enfrentar desafios mais evidentes nessa área. Isso sugere a necessidade de um foco especial em intervenções que promovam a interação social e o desenvolvimento de habilidades de relacionamento. Na categoria de Comunicação, o Paciente 2 novamente apresentou a maior pontuação, o que indica dificuldades potenciais na comunicação verbal e não verbal, reforçando a importância de estratégias que melhorem essa habilidade.

Na área de Imaginação, o Paciente 2 também se destacou, o que pode refletir uma tendência a dificuldades em pensar de forma flexível ou em engajar-se em atividades imaginativas. Essa limitação pode impactar a capacidade do paciente de se envolver em brincadeiras criativas ou em situações que exigem pensamento fora da caixa.

Em relação à Atenção aos Detalhes, as pontuações foram mais equilibradas, com o Paciente 3 apresentando uma ligeira vantagem. Isso sugere que, embora alguns pacientes possam ter um foco mais intenso em detalhes, outros podem lutar com essa habilidade, o que pode influenciar sua capacidade de lidar com tarefas que requerem atenção minuciosa.

Por fim, na Comutação de Atenção, o Paciente 2 novamente se destacou com a maior pontuação, indicando possíveis dificuldades em mudar o foco da atenção. Essa dificuldade pode ser um fator limitante em diversas situações do dia a dia, especialmente em ambientes que exigem adaptação rápida.

No total, o Paciente 2 apresentou a maior soma de pontuações, sugerindo uma concordância mais forte com os critérios do espectro autista. Em contrapartida, os Pacientes 7 e 8 tiveram as menores pontuações, o que pode indicar uma menor concordância com os itens avaliados, sugerindo que eles podem não apresentar características tão pronunciadas do espectro autista.

Tabela 2 – Desenvolvimento das habilidades dos indivíduos avaliados.

Paciente	Habilidades Sociais	Comunicação	Imaginação	Atenção aos Detalhes	Comutação de Atenção	Total
P1	28	22	25	18	24	117
P2	30	25	29	22	31	137
P3	24	19	22	23	22	110
P4	18	13	16	17	14	78
P5	21	17	20	20	21	99
P6	19	16	18	18	20	91
P7	15	14	12	15	17	73
P8	17	10	15	14	16	72

Fonte: Da Rosa. G.K., 2024.

5 DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de oito adultos com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista sendo os mesmos, 5 homens e 3 mulheres na faixa etária de 22 á 40 anos, com média de 6,37h no atendimento de cada um e com 4 adultos com diagnóstico de autismo grau 2 e 4 com diagnóstico de autismo grau 3. O demora do diagnóstico de TEA se deve, de acordo com Menezes (2020), a indivíduos demonstrarem alguns sintomas parecidos com outros transtornos, tais como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e transtorno afetivo bipolar (TAB).

Conforme observado nesse estudo, os participantes P2 e P3 mostraram habilidades significativas em tarefas de construção, sugerindo um potencial para desenvolvimento em atividades que requerem habilidades motoras finas. Em contraste, P5 apresentou limitações devido à síndrome de Rett, destacando a importância de considerar comorbidades em avaliações. De fato, os autistas têm dificuldades nas habilidades motoras finas ressaltando-se que há evidências acumuladas de que atrasos na obtenção de marcos motores estão entre as características mais proeminentes do TEA durante a vida (Licari et al., 2020).

Estudo recente documentaram uma alta prevalência de problemas motores clinicamente significativos em pessoas com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), variando de 50% a 95%, assim como problemas motores apresentam uma barreira significativa para o desempenho de atividades da vida diária, bem como para o desenvolvimento social e cognitivo (Miller et al., 2024). Ressaltam-se que as comorbidades também podem influenciar no diagnóstico do autismo. Muitas pessoas com TEA precisam de apoio ao longo da vida e uma abordagem de saúde integrada e interdisciplinar.

Além das comorbidades médicas, como distúrbios gastrointestinais e convulsões, indivíduos no espectro do autismo apresentam um risco aumentado de desenvolver transtorno psiquiátrico comórbido, quando comparados à população geral. Vários estudos destacaram a carga epidemiológica de transtornos psiquiátricos em indivíduos com TEA, entre os quais os mais comuns são transtornos de humor, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de comportamento disruptivo, transtornos de ansiedade, distúrbios alimentares, transtornos

obsessivo-compulsivos, síndrome de Tourette e transtornos de personalidade (Chiara et al., 2023). Além disso, algumas pessoas com TEA têm evidências de neuroinflamação persistente, respostas inflamatórias alteradas e anormalidades imunológicas. Os distúrbios alérgicos são significativamente mais comuns no transtorno e percorrem todas as faixas etárias (Al-Beltagi, 2021).

No presente estudo observou-se que a capacidade de P2 e P3 em interagir durante atividades em grupo indica que intervenções focadas em jogos colaborativos podem ser benéficas. Isso pode promover habilidades sociais e de comunicação em outros participantes que demonstraram dificuldades. De acordo com Shire et al., (2020), o brincar é considerado um dos aspectos mais importantes do desenvolvimento e está associado ao desenvolvimento de habilidades de comunicação social, comportamento cooperativo e atenção conjunta.

Evidências recentes destacam fatores relacionados ao desempenho como sendo especialmente promissores para melhor modelagem e abordagem de desafios sociais no autismo. Priorizar o desempenho, então, pode oferecer novos rumos para avaliação, oportunidades de intervenção substancialmente diferentes e novos métodos de inclusão e afirmação (Gates et al., 2023).

O estudo de Pavlopoulou et al. (2022) ressalta a relevância dos jogos e das brincadeiras para o bem-estar mental e a saúde positiva de pessoas autistas, apontando como atividades lúdicas estão diretamente ligadas a esses benefícios. Para pessoas autistas, brincar vai além do entretenimento: envolve um estado de bem-estar intrínseco que contribui para uma experiência de vida mais saudável e equilibrada. Embora o conceito de "fluxo" — estado de imersão completa em uma atividade — possa ter efeitos variados, ele também tem sido relacionado positivamente ao bem-estar no autismo, ajudando a aliviar o foco em limitações e a promover experiências de prazer e relaxamento. Em suma, ao invés de enfatizar o déficit, o estudo sugere uma perspectiva que valoriza o jogo como ferramenta para aprimorar a qualidade de vida de pessoas autistas. Ademais, mostra-se indispensável o uso de intervenções em consultas de enfermagem sobre autismo visando o uso de jogos de tabuleiro, cartas e ou brincadeiras em grupo ou duplas para o aumento do desenvolvimento de habilidades sociais em adultos autistas (Souza et al., 2021).

A diversidade nas respostas ao nome entre os participantes reflete diferentes níveis de engajamento social. P4, que não responde, pode necessitar de

estratégias específicas para aumentar sua conscientização social. Tratamentos baseados na Análise do Comportamento Aplicada (ABA) têm mostrado eficácia em melhorar a comunicação e a qualidade de vida de pacientes com autismo. Recomenda-se que intervenções de primeira linha incluam abordagens psicossociais e educacionais, visando aprimorar a linguagem, habilidades sociais e reduzir comportamentos disruptivos (Souza et al., 2021).. Apesar do apoio empírico limitado, o uso de psicofármacos é comum na prática clínica, voltado para sintomas específicos que impactam o funcionamento do indivíduo (Trevesani, 2024).

O desenvolvimento social é uma das áreas de desenvolvimento mais críticas para os seres humanos. Déficits em habilidades sociais podem impactar negativamente vários domínios essenciais, incluindo relacionamentos interpessoais, comportamento, saúde mental e resultados na vida adulta. Indivíduos com autismo apresentam déficits essenciais em habilidades sociais (Kaplan et al., 2016). Sem apoios e intervenções eficazes para melhorar as habilidades sociais, eles frequentemente lutam para obter competência social e podem enfrentar desafios na escola, em casa e na comunidade. Com intervenções eficazes, pessoas no espectro podem aprender habilidades sociais essenciais que podem ajudar a mitigar déficits e fortalecer a competência social (Silveira- Zaldivara et al., 2021).

Além disso, a utilização de ecolalia e comunicação não verbal por P5 e P8 destacam a necessidade de métodos alternativos de comunicação. Isso sugere que intervenções que incentivem a comunicação não verbal podem ser eficazes. No entanto, a incapacidade de P4, P5 e P6 em manter contato visual ou mudar o foco de atenção pode ser um indicativo de dificuldades mais amplas em socialização. Isso pode afetar negativamente a interação em ambientes educacionais e sociais (Majhi et al., 2023). No entanto, um agente fundamental para intervenção naturalista no desenvolvimento da linguagem e da socialização de pessoas com autismo, são os irmãos. Estudos demonstraram que irmãos com desenvolvimento típico e atípico, dividem grande parte do tempo diário juntos, com exceção do horário escolar. A partir disso, é possível evidenciar que essa convivência contribui efetivamente para melhorias nas atitudes lúdicas verbais, no entrosamento social e na aptidão de imitação social (Rosen et al., 2020).

Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, devem utilizar o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS) como uma técnica para estimular a comunicação verbal e não verbal em pessoas com Transtorno do Espectro Autista

(TEA) (Costa et al., 2021). Este método auxilia indivíduos que apresentam dificuldade de fala, permitindo que se comuniquem por meio da troca de imagens representativas de objetos ou atividades. Além de expandir as possibilidades de comunicação, o PECS é uma ferramenta de fácil implementação e aprendizado rápido, sendo uma alternativa prática e acessível para promover o desenvolvimento comunicativo (Costa et al., 2021).

No presente estudo foi observado que a expressão de sentimentos por meio de expressões faciais em P5, mesmo sem verbalização, sugere que intervenções que promovam a comunicação emocional podem ser úteis. Sabe-se que a expressividade emocional inclui a experiência das próprias emoções e a capacidade de enviar mensagens emocionais positivas e negativas aos outros durante interações momento a momento e durante relacionamentos contínuos (Denham, 2019). O enfermeiro e sua equipe, devem atuar no processo de expressão emocional, cabendo estratégias de terapias em pequenos grupos com atividades sensoriais, principalmente relacionado a comunicação não verbal (Silva et al., 2016).

Além disso, o enfermeiro pode utilizar estratégias como a musicoterapia, pois facilita a expressão e a interação, a música serve como uma ponte para melhorar a comunicação e fortalecer vínculos sociais (Gaiato, 2018). Essa prática pode contribuir para reduzir dificuldades psicomotoras, estimular a aquisição de linguagem, ampliar a flexibilidade cognitiva e incentivar a criatividade (Bréscia, 2011). Além disso, a musicoterapia apoia o desenvolvimento de habilidades simbólicas no brincar, promove a autonomia e facilita a socialização com os pares, agregando um valor pedagógico significativo para o desenvolvimento global do indivíduo com TEA (Boato, 2016; Cosenza e Guerra, 2011; Fonseca, 2016; Freire, 1993, 1997, 2000, 2001a, 2001b, 2002; 2016; Gaiato, 2018; Luck, 2014, 2015 e Muszkat, 2012).

A musicoterapia, quando aplicada com estratégias adequadas, e de forma orientada pelo profissional de enfermagem e de psicologia, oferece uma ampla gama de benefícios físicos, psicológicos, emocionais e sociais (Gaiato, 2018). Essa abordagem pode ser explorada em contextos educacionais para apoiar o desenvolvimento de habilidades diversas. Usar sons específicos ou músicas pode ajudar a melhorar a concentração e contribuir para a autorregulação emocional, auxiliando os indivíduos a desenvolverem maior controle sobre suas reações e emoções, promovendo bem-estar e equilíbrio (Teixeira dos Reis e Reinaldo da Silva,

2021).

O profissional de enfermagem ao observar o hiperfoco como observado no P6 em motos e bicicletas no presente estudo, pode ser utilizado como uma ferramenta para engajamento em terapias. Personalizar intervenções com base nos interesses dos participantes pode aumentar a motivação e a eficácia do desenvolvimento do tratamento e acompanhamento, tanto nos serviços especializados como o CAPS, quanto nos serviços educacionais como a AMA e as APAIS (Romeu; Rossit, 2022; Rowland, 2020).

De fato, corroborando com os achados deste estudo, indivíduos autistas também são conhecidos por terem a capacidade de permanecer intensamente focados por períodos prolongados. Cinquenta anos atrás, Lovaas et al. (1971) cunharam o termo “super seletividade de estímulo” para descrever padrões de atenção focada vistos em crianças autistas, embora hoje o termo “hiperfoco” seja mais comumente usado. Na literatura sobre TDAH e TEA, o hiperfoco é frequentemente descrito por meio de uma lente negativa.

Corroborando com os achados do presente estudo, Ozel-Kizil et al., (2016) relataram principalmente linguagem negativa, descrevendo-a como “fixação em uma tarefa” em associação com “dificuldade de desviar a atenção”, “negligenciar as coisas” e incapacidade de “desistir do que estão fazendo”. Então, o Hiperfoco, falando de forma ampla e anedótica, é um fenômeno que reflete a absorção completa de alguém em uma tarefa, a um ponto em que uma pessoa parece ignorar completamente ou “desligar” todo o resto (Ashinoff e Abu-Akel, 2021). O hiperfoco pode ser relevante para mais de 20 traços autistas observados, principalmente a busca apaixonada por interesses, preferência pela rotina, falta de motivação para socializar e preferência por monólogo sobre diálogo (Nicholson, 2022).

Outro ponto ressaltado no presente estudo é a dificuldade em seguir narrativas, exceto para P8, indica uma limitação que pode impactar a capacidade de entender histórias e contextos sociais. Isso pode ser abordado através de atividades que incentivam a imaginação, o qual podem ser recomendadas pelos profissionais de enfermagem e pela equipe multidisciplinar para os familiares realizarem em seus domicílios (Rowland, 2020). Além disso, das intervenções existentes para clientes no espectro do autismo que tem como alvo a imaginação voluntária é a Terapia de Imagens Mentais para Autismo (MITA). A MITA é uma aplicação terapêutica baseada em tablet para pessoas com TEA (Vyshedskiy, et al 2020, Pearson, 2019).

Os exercícios da MITA são projetados para “desenvolver a capacidade do indivíduo de perceber e responder a múltiplas pistas apresentadas simultaneamente” e treinar a capacidade de combinar objetos mentais e desenvolver sua imaginação voluntária (Vyshedskiy, et al 2020, Pearson, 2019). Tanto os exercícios verbais quanto os não verbais são hipotetizados como capazes de melhorar a capacidade de linguagem, e ambos os exercícios visam ensinar o cliente “a integrar objetos mentais de novas maneiras” (Vyshedskiy, et al., 2020).

A ansiedade manifestada por P1, P3, P5 e P6 ao alterar rotinas é uma preocupação significativa. A enfermagem deve propor estratégias que introduzem mudanças de forma gradual que podem ajudar a reduzir a ansiedade. Outras intervenções, além das mudanças gradual de rotina, incluem medicamentos como ansiolíticos e antidepressivos; terapias psicológicas como terapia cognitivo-comportamental (TCC), aconselhamento e terapia baseada em atenção plena; intervenções comportamentais (por exemplo, intervenções baseadas em análise comportamental aplicada (ABA)); ou outras terapias como musicoterapia (Choque Olsson et al., 2017 ; Chugani et al., 2016 ; Dean et al., 2017; Murphy et al., 2017 ; Politte et al., 2018 ; Xu et al., 2018).

A ansiedade no autismo é um alvo importante para terapias psicológicas porque é muito comum e impacta significativamente na qualidade de vida e bem-estar. Evidências crescentes sugerem que terapias cognitivo-comportamentais e terapias baseadas em mindfulness podem ajudar indivíduos com autismo a aprender a controlar sentimentos de ansiedade (Gaigg et al., 2020).

Conforme observado neste estudo e em destaque o P2 em várias categorias sugere que ele pode necessitar de intervenções mais intensivas, o qual deve ser analisado tanto pelos cuidadores equipe de saúde quanto pela equipe educacional. Estudos apontam que ao direcionar as atividades, os autistas podem ter um maior e melhor desenvolvimento (Sweetmore et al., 2022; Cleary et al., 2024).

Nesse contexto, recursos baseados no brincar são fundamentais para auxiliar no processo terapêutico, especialmente quando se focam nas habilidades essenciais para o desenvolvimento integral da criança. Esses métodos são valiosos tanto para os profissionais que atuam no cuidado quanto para estimular o envolvimento dos pais e familiares no processo de tratamento. Além disso, tais instrumentos podem ser utilizados para monitorar os avanços ao longo do tratamento, ajudando os terapeutas a tomar decisões mais informadas sobre as

intervenções mais adequadas a cada caso, garantindo um acompanhamento eficaz e personalizado (Queiroz et al., 2020).

Atividades que estimulam a consciência sensório-motora, como o uso de pinças, jogos com botões ou garrafas PET, e o toque em materiais texturizados, como almofadas, são essenciais para o processo de ensino-aprendizagem, o qual o enfermeiro pode orientar para os familiares (Sweetmore et al., 2022; Cleary et al., 2024). É possível que, ao iniciar a interação, o indivíduo mostre sinais de agressividade ou desinteresse, mas é fundamental que se crie estratégias para lidar com essas dificuldades e conduza o aprendizado de maneira apropriada. Trabalhar com pessoas autistas exige paciência e adaptação contínua, já que cada pessoa tem necessidades e respostas únicas ao processo educacional (Menezes, 2012).

A variação nas pontuações entre os participantes, especialmente entre P2 e P7/P8, reflete a heterogeneidade do espectro autista. Isso reforça a necessidade de avaliações individualizadas para desenvolver planos de intervenções personalizados. Cada caso de autismo é único e exige uma avaliação personalizada. Adultos autistas podem apresentar diferentes níveis de dificuldades psicomotoras e de interação social, que variam conforme as particularidades de cada indivíduo. O enfermeiro, portanto, deve estar atento para identificar as necessidades específicas de cada paciente, pois estas variam em intensidade e nas áreas de comprometimento. Essa compreensão é essencial para que o enfermeiro possa adotar uma abordagem de cuidado mais eficaz, ajustando suas intervenções conforme as demandas de cada caso (Do Amaral Ferreira et al., 2023).

Dada essa diversidade de manifestações no espectro autista, o enfermeiro precisa estar preparado para intervir de forma diferenciada, oferecendo um suporte adequado para o desenvolvimento psicomotor de cada paciente. Isso inclui desde a implementação de estratégias que promovam a independência em atividades diárias até o encaminhamento para profissionais especializados, quando necessário. A capacidade de observar, avaliar e agir de maneira personalizada torna o papel do enfermeiro essencial para otimizar a qualidade de vida e a integração social do paciente autista, ajudando a construir um cuidado integral e humanizado (Fontinele et al., 2021).

6 CONCLUSÃO

O TEA apresenta uma ampla gama de características que afetam a comunicação, a interação social e o comportamento dos indivíduos. Através da aplicação da escala ADOS 2 e do teste AQ, observou-se uma diversidade de habilidades entre os participantes do estudo. Enquanto P2 e P3 demonstraram competências significativas em tarefas de construção e interação social, outros, como P4 e P5, enfrentaram desafios que requerem atenção especial. Os dados revelaram variações nas respostas ao nome e na participação em atividades em grupo. P2 e P3 responderam prontamente e interagiram de maneira eficaz, enquanto P4 não respondeu ao chamado e teve dificuldades em manter contato visual. Essas observações sublinham a necessidade de intervenções personalizadas, levando em conta as habilidades e limitações de cada paciente.

As intervenções devem ser personalizadas, considerando os interesses e habilidades de cada paciente. Por exemplo, jogos colaborativos podem ser eficazes para promover habilidades sociais em pacientes que se interessam por atividades em grupo, e criar um ambiente seguro e acolhedor é essencial para facilitar a comunicação e a interação. Os enfermeiros devem estar preparados para implementar e monitorar essas intervenções, ajustando-as conforme necessário, e a formação contínua e a atualização sobre as melhores práticas em autismo são fundamentais para oferecer o melhor suporte possível.

O papel do enfermeiro é vital no processo de acompanhamento e avaliação, não apenas pela execução de avaliações, mas também pela construção de relacionamentos de confiança e pela implementação de intervenções personalizadas. À medida que continuamos a explorar as nuances do TEA, é imperativo que os profissionais de enfermagem se mantenham informados e engajados, garantindo que cada paciente receba o cuidado e o suporte que merece. O futuro da prática de enfermagem em relação ao autismo deve ser orientado por uma abordagem centrada na pessoa, que reconheça a singularidade de cada indivíduo e promova seu desenvolvimento integral. Com um compromisso contínuo com a educação e a empatia, os enfermeiros podem fazer uma diferença significativa na vida de pessoas com autismo e suas famílias.

Além disso, é importante ressaltar que a abordagem interdisciplinar desempenha um papel fundamental no cuidado de pessoas com TEA. A

colaboração entre enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais da saúde é essencial para proporcionar uma avaliação mais abrangente e para aplicar intervenções adequadas às necessidades específicas de cada paciente. Esse trabalho conjunto permite a construção de planos de cuidado personalizados, promovendo melhores resultados e uma resposta mais eficaz às diversas necessidades do indivíduo.

Dessa forma, é imprescindível que os enfermeiros continuem aprimorando suas práticas por meio de atualizações constantes e embasamento científico. A comunicação constante entre os membros da equipe de saúde e a implementação de estratégias fundamentadas em evidências proporcionam um cuidado mais eficaz, não apenas para as pessoas com autismo, mas também para suas famílias. Com dedicação e empatia, os enfermeiros são capazes de fazer uma diferença significativa, oferecendo um apoio contínuo e fundamental para o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes no espectro.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. / O. / **Doenças preveníveis por meio da vacinação**. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/doencas-preveniveis-por-meio-da-vacinacao/>. Acesso em: 31 maio. 2024.

ARAÚJO, L. B. DE et al. **Neuropsychomotor development assessment of children aged 0 to 5 in early childhood public education centers**. Revista CEFAC, v. 21, n. 3, 2019.

ASHINOFF, B. K., & ABU-AKEL, A. **Hyperfocus: the forgotten frontier of attention**. *Psychological Research*, (2021), 85(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01245-8> attention-deficit/hyperactivity disorder: challenge in diagnosis and treatment. *Medicina*, v. 82 Suppl 3, p. 67–70, 2022. Acessado: 30 de maio de 2024.

BLACKMORE, C. E. et al. **Comparison of an online adaptation of the Autism Diagnostic Observation Schedule-2 with its in-person version in an adult autism diagnostic service**. *BJPsych open*, v. 9, n. 2, 2023.

BOATO, E. M. (2016). **Metodologia de intervenção corporal para autistas**. São Paulo, Brasil: Edições Loyola.

BORILLI, M. C. et al. **Family quality of life among families who have children with mild intellectual disability associated with mild autism spectrum disorder**. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, n. 4, p. 360–367, abr. 2022.

BRADSHAW, P. et al. **Recognising, supporting and understanding Autistic adults in Bréscia**, V. L. P. (2011). *Educação musical: Bases psicológicas e ação preventiva*. Campinas, São Paulo, Brasil: Editora Átomo.

BRITO, L. C. DOS S. et al. **Knowledge of caregivers and factors associated with neuropsychomotor development in children**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 3, p. e20210402, 2022.

Bylaws | NANDA International, Inc. Disponível em: <https://nanda.org/connect-engage/committees-task-forces/bylaws/>. Acesso em: 30 maio. 2024.

CHOQUE OLSSON N., FLYGARE O., COCO C., GORLING A., RADE A., CHEN Q., LINDSTEDT K., BERGGREN S., SERLACHIUS E., JONSSON U., TAMMIMIES K., KJELLIN L., BOLTE S. (2017). **Social skills training for children and adolescents with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial**. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(7), 585–592. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.001>

CHUGANI D. C., CHUGANI H. T., WIZNITZER M., PARIKH S., EVANS P. A., HANSEN R. L., NASS R., JANISSE J. J., DIXON-THOMAS P., BEHEN M.,

ROTHERMEL R., PARKER J. S., KUMAR A., MUZIK O., EDWARDS D. J., HIRTZ D. (2016). **Efficacy of low-dose bupirone for restricted and repetitive behavior in young children with autism spectrum disorder: A randomized trial.** *Journal of Pediatrics*, 170, 45–53e44. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.11.033>

CLEARY M, WEST S, JOHNSTON-DEVIN C, KORNHABER R, MCLEAN L, HUNGERFORD C. **Collateral Damage: The Impacts of School Exclusion on the Mental Health of Parents Caring for Autistic Children.** *Issues Ment Health Nurs.* 2024 Jan;45(1):3-8. doi: 10.1080/01612840.2023.2280718. Epub 2024 Jan 23. PMID: 38190434.

COSENZA, R. M., E GUERRA, L. B.(2011). **Neurociência e Educação: como o cérebro aprende.** Porto Alegre, Brasil: Artmed.

DA, C. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da criança.** Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_6ed.pdf. Acesso em: 31 maio. 2024.

DEAN O. M., GRAY K. M., VILLAGONZALO K. A., DODD S., MOHEBBI M., VICK T., TONGE B. J., BERK M. (2017). **A randomised, double blind, placebo-controlled trial of a fixed dose of N-acetyl cysteine in children with autistic disorder.** *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(3), 241–249. <https://doi.org/10.1177/0004867416652735>

DEBETTO, F. DO V. G.; SALDANHA, G. **O transtorno do espectro autista e tautismo: uma questão de prefixo? Epistemicídio e capacitismo na análise crítica à infocomunicação.** *encontros bibli*, v. 28, n. spe, p. e 92859, 2023. Dec;29(6):770-773. doi: 10.1111/jpm.12762. Epub 2021 May 5. PMID: 33866640.

RODRIGUES. S. **Desenvolvimento neuropsicomotor.** Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/4865/1/Disserta%20a7%20a%203o_Susana%20Rodrigues_Vers%20a3o%20Final%20202.pdf>. Acesso em:14 jun. 2024.

DO AMARAL FERREIRA, J. H. et al. **Atuação do enfermeiro frente ao cuidado do paciente com transtorno do espectro autista (tea) na atenção primária: uma revisão de literatura.** Zenodo, 2023. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.7697112>> do Comportamento Comunicativo: protocolo atualizado de 0 a 72 meses. *Revista CEFAC*, v. 25, n. 1, 2023.

DUPUIS, A., MUDIYANSELAGE, P., BURTON, C. L., ARNOLD, P. D., CROSBIE, J., & SCHACHAR, R. J. (2022). **Hyperfocuss or flow? Attentional strengths in autism spectrum disorder.** *Frontiers in Psychiatry*, 13, 886692. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.886692>

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. **Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas.** *Psicologia USP*, v. 31, 2020.

FERREIRA-VASQUES, A. T.; ROCHA, E. P. DA; LAMÔNICA, D. A. C. O. FONSECA, V. (2016). **Importância das emoções na aprendizagem: Uma abordagem neuropsicopedagógica**. Revista Psicopedagogia, 33 (102), 365-384.

FONTINELE, A. D. S. F. et al. **Olhar do enfermeiro na assistência de enfermagem do paciente autista e sua família**. Research, Society and Development, v. 10, n. 14, p. e246101420229, 2021.

FREIRE, P. (1993). **Prefácio à edição brasileira**. In: **Snyders, G. Alunos felizes**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

FREIRE, P. (1997). **Professora sim, tia, não: Cartas a quem ousa ensinar**. São Paulo, Brasil: Editora Olho d'Água.

FREIRE, P. (2000). **Pedagogia da Indignação: Cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Unesp.

FREIRE, P. (2001a). **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. (8ª ed). Rio de Janeiro: Paz e terra.

FREIRE, P. (2001b). **Algumas reflexões em torno da utopia**. In: **Freire, A. M. de A. (org.). Pedagogia dos Sonhos Possíveis**. São Paulo: UNESP.

FREIRE, P. (2002). **Pedagogia do Oprimido**. (32ª ed). Rio de Janeiro: Paz e terra.

FREIRE, P. (2016). **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.

GAIATO, M. (2018). **S.O.S Autismo: Guia completo para entender o Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo, Brasil: nVersos.

GAIGG, S. B. et al. **Self-guided mindfulness and cognitive behavioural practices reduce anxiety in autistic adults: A pilot 8-month waitlist-controlled trial of widely available online tools**. Autism: the international journal of research and practice, v. 24, n. 4, p. 867–883, 2020.

GATES, J. A., MCNAIR, M. L., RICHARDS, J. K., & LERNER, M. D. (2023). **Social knowledge & performance in autism: A critical review & recommendations**. Clinical Child and Family Psychology Review, 26(3), 665–689. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00449-0>

GENOVESE A, BUTLER MG. **The Autism Spectrum: Behavioral, Psychiatric and Genetic Associations**. Genes (Basel). 2023 Mar 9;14(3):677. doi: 10.3390/genes14030677.

GONÇALVES, B. P. et al. **Increased monocytes are associated with overweight in children and adolescents with autism spectrum disorder**. Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral, 2023.

HERDMAN, T. H.; LOPES, C. **Supplement to NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023 (12th edition)**. New York, NY: Thieme Medical, 2023.

HONG, J. S. et al. **Replication study for ADOS-2 cut-offs to assist evaluation of autism spectrum disorder**. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, v. 15, n. 11, p. 2181–2191, 2022.

Desenvolvimento neuropsicomotor | Faculdade de Ciências Médicas.

Disponível em:

<<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/desenvolvimento-neuropsicomotor>> .Acesso em: 8 jun. 2024.

Transtorno do espectro autista - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>>.Acesso em: 13 apr. 2024.

HAPPÉ, F.; FRITH, U. **Annual Research Review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 61, n. 3, p. 218–232, 28 jan. 2020.

LICARI, M. K., ALVARES, G. A., VARCIN, K., EVANS, K. L., CLEARY, D., REID, S. L., GLASSON, E. J., BEBBINGTON, K., REYNOLDS, J. E., WRAY, J., & WHITEHOUSE, A. J. O. (2020). **Prevalence of motor difficulties in autism spectrum disorder: Analysis of a population-based cohort**. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 13(2), 298–306. <https://doi.org/10.1002/aur.2230>

LOBÃO, T. V.; SARQUIS, A. L. F.; ANTONIUK, S. **A aplicação do instrumento modified checklist for autism in toddlers (m-chat) para rastreamento de transtorno do espectro autista em lactentes de alto risco**. *jornal paranaense de pediatria*, v. 23, 2022.

LÓPEZ PACHECO, M. M. **Experiencia de inclusión laboral: el caso de Oscar, pianista con trastorno del espectro autista**. *Revista Educación*, 2023.

LOVAAS, O. I. et al. **Selective responding by autistic children to multiple sensory input**. *Journal of abnormal psychology*, v. 77, n. 3, p. 211–222, 1971.

Luck, H. (2014). **Liderança em gestão escolar**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil: Vozes

Luck, H. (2015). **Gestão educacional: Uma questão paradigmática**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.

MAENNER, M. J. et al. **Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020**. *Morbidity and mortality weekly*

report.

MAHONEY, W. J. et al. **Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies.** Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN, v. 26, n. 4, p. e12332, 2021.

MAJHI, S., KUMAR, S., & SINGH, L. (2023). **A review on autism spectrum disorder: Pathogenesis, biomarkers, pharmacological and non-pharmacological interventions.** CNS & Neurological Disorders Drug Targets, 22(5), 659–677. <https://doi.org/10.2174/1871527321666220428134802>

MÉLO, T. R. et al. **Characterization of neuropsychomotor and language development of children receiving care from groups at an extended Family Health Care Center: an interprofessional approach.** Revista CEFAC, v. 22, n. 3, 2020.

MENEZES, A. R. S. **Inclusão escolar de alunos com autismo: quem ensina e quem aprende?** Dissertação (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

MENEZES, M. Z. M. (2020). **O diagnóstico do transtorno do espectro autista na fase adulta** (UFMG, Ed.). <http://hdl.handle.net/1843/35946>

MILLER, H. L., LICARI, M. K., BHAT, A., AZIZ-ZADEH, L. S., VAN DAMME, T., FEARS, N. E., CERMAK, S. A., & TAMPLAIN, P. M. (2024). **Motor problems in autism: Co-occurrence or feature?** Developmental Medicine and Child Neurology, 66(1), 16–22. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15674>

MURPHY S. M., CHOWDHURY U., WHITE S. W., REYNOLDS L., DONALD L., GAHAN H., IQBAL Z., KULKARNI M., SCRIVENER L., SHAKER-NAEENI H., PRESS D. A. (2017). **Cognitive behaviour therapy versus a counselling intervention for anxiety in young people with high-functioning autism spectrum disorders: A pilot randomised controlled trial.** Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(11), 3446–3457. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3252-8>

MUSZKAT, M. (2012). **Música, neurociência e desenvolvimento humano.** In J. G. et al. (Coord.). A música na escola (pp. 67-69). São Paulo: Ministério da Cultura, Allucci & Associados Comunicações.

NICHOLSON, RACHEL M. **Hyperfocus in autism: An exploration inspired by the principles of neurodiversity.** Immaculata University, 2022.

OCHOA-LUBINOFF C, MAKOL BA, DILLON EF. **Autism in Women.** Neurol Clin. 2023 May;41(2):381-397. doi: 10.1016/j.ncl.2022.10.006. Epub 2023 Feb 19. PMID:37030965.

OZEL-KIZIL ET, KOKURCAN A, AKSOY UM, KANAT BB, SAKARYA D, BASTUG G, et al. **Hiperfoco como uma dimensão do transtorno de déficit de atenção e**

hiperatividade em adultos. Res Dev Disabil. (2016) 59:351–8.
10.1016/j.ridd.2016.09.016

PAVLOPOULOU, G., USHER, C., & PEARSON, A. (2022). **“I can actually do it without any help or someone watching over me all the time and giving me constant instruction”**: Autistic adolescent boys’ perspectives on engagement in online video gaming. The British Journal of Developmental Psychology, 40(4), 557–571. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12424>

PEARSON, J. **The human imagination: the cognitive neuroscience of visual mental imagery.** Nature reviews. Neuroscience, v. 20, n. 10, p. 624–634, 2019. PMID: 36980949; PMCID: PMC10048473.

POLITTE L. C., SCAHILL L., FIGUEROA J., MCCRACKEN J. T., KING B., MCDUGLE C. J. (2018). **A randomized, placebo-controlled trial of extended-release guanfacine in children with autism spectrum disorder and ADHD symptoms: An analysis of secondary outcome measures.** Neuropsychopharmacology, 43, 1772–1778.
<https://doi.org/10.1038/s41386-018-0039-3>

QUIBAN, C. **Addressing needs of hospitalized patients with autism: Partnership with parents: Partnership with parents.** Critical care nursing quarterly, v. 43, n. 1, p. 68–72, 2020.

ROMEU, C. A.; ROSSIT, R. A. S. **Trabalho em Equipe Interprofissional no Atendimento à Criança com Transtorno do Espectro do Autismo.** Revista brasileira de educação especial, v. 28, 2022.

ROWLAND, D. **Diagnóstico diferencial do autismo: uma análise causal.** J Neurol Neurophysiol, v. 11, n. 489, 2020.

RUGGIERI V. **Autismo. Tratamiento farmacológico** [Autism. Pharmacological treatment]. Medicina (B Aires). 2023 Sep;83 Suppl 4:46-51. Spanish. PMID: 37714122.

RUTTER, M. (1978) **Diagnóstico e Definição.** In: Rutter, M. e Schopler, E., Eds., **Autismo: Uma Reavaliação de Conceitos e Tratamento,** Plenum Press, Nova York, NY, 1-26. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-0787-7_1

SCHAEFFER, J. et al. **Language in autism: domains, profiles and co-occurring conditions.** Journal of Neural Transmission , v. 130, n. 3, p. 433–457, 16 mar. 2023

SHIRE, O S. Y., SHIH, W., BRACAGLIA, S., KODJOE, M., & KASARI, C. (2020). **Envolvimento entre pares em crianças com autismo: implementação comunitária de atenção conjunta tímica e individual, jogo simbólico, engajamento e intervenção de regulamentação.** Autismo, 24(8), 2142–2152.

SILVEIRA-ZALDIVARA, T., ÖZERK, G., & ÖZERK, K. (2021). **Developing social skills and social competence in children with autism.** International Electronic Journal of Elementary Education, 13(3), 341–363.

<https://doi.org/10.26822/iejee.2021.195>

SOUZA, T. M. DE et al. **utilização dos instrumentos m-chat e cars para auxiliar no diagnóstico precoce do transtorno do espectro do autismo (tea)**. Revista Surveillance summaries: MMWR, v. 72, n. 2, p. 1–14, 2023.

SWEETMORE V. **Mental health nursing and autism: I am a mental health nurse so why did it take me so long to realize I'm autistic?** J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022

TAMANAHAN, 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.

TEIXEIRA DOS REIS, L.; REINALDO DA SILVA, E. **Musicoterapia como aliada da Aprendizagem no Transtorno do Espectro do Autismo: desenvolvimento cognitivo, expressão emocional e socialização**. Revista de estudios y experiencias en educación, v. 20, n. 44, p. 312–330, 2021.

TOVAR-MORENO, C. et al. **Comparison between the KARVI scale and the Child Development Evaluation test (EDI) as a screening tool for suspected neurodevelopmental delay**. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, v. 81, n. 1, 29 fev. 2024.

TREVESANI, V. **Intervenção precoce no autismo em relação ao desenvolvimento da linguagem**. Revista Tópicos, v. 2, n. 11, 2024. ISSN: 2965-6672.

TURNAGE D, CONNER N. **Quality of life of parents of children with Autism Spectrum Disorder: An integrative literature review**. J Spec Pediatr Nurs. 2022 Oct;27(4):e12391. doi: 10.1111/jspn.12391. Epub 2022 Aug 20. PMID: 35986656.

VYSHEDSKIY, A. et al. **Novel prefrontal synthesis intervention improves language in children with autism**. Healthcare (Basel, Switzerland), v. 8, n. 4, p. 566, 2020.

XU G., STRATHEARN L., LIU B., BAO W. (2018). **Prevalence of autism spectrum disorder among US children and adolescents, 2014-2016**. JAMA, 319(1), 81–82. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.17812>

ANEXO A

Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses								
		0	1	2	3	4	5	6		
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas, com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.									
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.									
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.									
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desentosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.									
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.									
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.									
Emitte sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.									
Movimenta os membros	Observe se a criança movimentava ativamente os membros superiores e inferiores.									
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe o faça.									
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.									
Emitte sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee etc.), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).									
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.									
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para ele. Observe se ela tenta alcançá-lo.									
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.									
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.									
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.									

ANEXO B

Marcos do Desenvolvimento dos 6 Meses a 1 Ano e Meio

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses															
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.																
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.																
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papá", "dada", "mamã". Se não o fizer, pergunte a mãe se o faz em casa.																
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.																
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça a mãe para estimulá-la.																
Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela o pegue. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.																
Produce "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.																
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.																
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser por meio de palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.																
Coloca blocos na caneca	Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, por meio de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.																
Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.																
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.																
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.																
Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.																

ANEXO E

Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 Anos

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses						
		60	62	64	66	68	70	72
Brinca de fazer de conta com outras crianças	Pergunte aos cuidadores se a criança participa de brincadeiras de fazer de conta (ex.: casinha, escola), tanto no contexto familiar quanto no escolar.							
Desenha pessoa com 6 partes	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Peça a ela para que desenhe uma pessoa (menino, menina, mamãe, papai etc.). Certifique-se de que ela tenha terminado o desenho antes de pontuar o item do teste. As partes do corpo presentes em pares deverão ser consideradas como uma parte apenas (orelhas, olhos, braços, mãos, pernas e pés). Considere como certo somente se ambas as partes do par forem desenhadas.							
Faz analogia	Pergunte à criança, devagar e distintamente, uma questão de cada vez: “Se o cavalo é grande, o rato é...”, “Se o fogo é quente, o gelo é...”, “Se o Sol brilha durante o dia, a lua brilha durante...”. A criança deverá completar corretamente duas das três frases.							
Marcha ponta-calcanhar	Demonstre à criança como andar em linha reta, encostando a ponta de um pé no calcanhar do outro. Ande aproximadamente oito passos desta forma, e então peça para que a criança o imite. Se necessário, demonstre várias vezes (pode-se facilitar a compreensão, comparando-se este andar com o “andar na corda bamba”). Até três tentativas são permitidas. Se a criança conseguir dar quatro ou mais passos em linha reta, com o calcanhar a, no máximo, 2,5 cm da ponta do pé, sem apoiar-se, terá alcançado este marco.							
Aceita e segue regras nos jogos de mesa	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.							
Copia um quadrado	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela o desenho de um quadrado. Não nomear a figura nem mover seu dedo ou o lápis para demonstrar como desenhá-la. Peça para a criança “Faça um desenho como este!”. Podem ser fornecidas três tentativas. Se a criança for incapaz de copiar o quadrado da ficha, mostre a ela como fazê-lo, desenhando dois lados opostos (paralelos) e depois os outros dois lados opostos (em vez de desenhá-lo como um movimento contínuo). Três demonstrações e tentativas podem ser fornecidas.							
Define 7 palavras	Procedimento semelhante ao item “Define cinco palavras”. Agora deve definir 7 palavras.							
Equilibra-se em cada pé por 7 segundos	Procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé 1 segundo” com o tempo de 7 segundos ou mais.							

APÊNDICE A

Título do estudo: Características da psicomotricidade em adultos autistas e seus impactos no cotidiano e participação social

Instruções para o observador: Durante a observação, anote suas percepções e análises de acordo com os itens a seguir. Procure ser o mais objetivo possível, registrando suas observações de forma detalhada.

Praxia global (coordenação motora ampla):

Observar o adulto realizando atividades que envolvam movimentos amplos, como andar, correr, pular. Anotar quaisquer dificuldades, hesitações ou alterações na execução desses movimentos. Descrever o padrão observado (ex: movimentos desajeitados, falta de equilíbrio, etc.).

Praxia fina (coordenação motora fina): Observar o adulto realizando atividades que envolvam movimentos precisos, como pegar objetos pequenos, manusear lápis, usar talheres. Registrar observações sobre a destreza, firmeza e coordenação dos movimentos finos. Anotar possíveis dificuldades, tremores ou lentidão na execução dessas tarefas.

Percepção e organização espacial: Observar o adulto em situações que envolvam a noção de espaço, como orientação em um ambiente, movimentação no espaço, etc. Registrar observações sobre a capacidade de perceber e se organizar no espaço ao redor. Anotar possíveis dificuldades, desorientação ou problemas de planejamento motor.

Lateralidade: Observar a preferência do adulto por um dos lados do corpo (mão, pé, olho, orelha) durante as atividades. Registrar se o adulto apresenta dificuldades em reconhecer e utilizar adequadamente sua lateralidade. Anotar se há sinais de ambidestria ou confusão em relação à lateralidade.

Tônus muscular: Observar o comportamento postural e o tônus muscular do adulto durante as atividades. Registrar se há sinais de hipertonia (tensão muscular excessiva) ou hipotonia (frouxidão muscular) em diferentes grupos musculares. Anotar possíveis impactos do tônus muscular alterado no desempenho motor.

Esquema corporal: Observar a capacidade do adulto em reconhecer e representar mentalmente seu próprio corpo. Registrar se o adulto apresenta dificuldades em identificar e nomear as partes do corpo. Anotar como o esquema corporal parece impactar o desempenho motor e a interação com o ambiente.

Impactos no cotidiano e participação social: Observar como as alterações da psicomotricidade observadas afetam a capacidade do adulto em realizar atividades do dia a dia (vestir-se, alimentar-se, etc.). Registrar como essas dificuldades motoras parecem influenciar a participação do adulto em atividades lúdicas, sociais e recreativas. Anotar possíveis impactos das alterações psicomotoras na autonomia, independência e interação social do adulto.

(Dominguini, D, 2024).

ANEXO F - QA

Quociente do Espectro do Autismo – Adultos (QA) 16+ anos

Simon Baron-Cohen, Sally Wheelwright, Richard Skinner,
Joanne Martin and Emma Clubley, 2001¹

Tradução para português de Ana Osório, Beatriz Sanchez e Júlia Egito²
Uso exclusivo para pesquisa

Nome:

Sexo: M() F() Data nascimento:...../...../..... Data preenchimento:...../...../.....

Como preencher este questionário

Abaixo está uma lista de afirmações. Leia cada uma delas com muita atenção e assinale em que medida você está ou não de acordo, fazendo um círculo em redor da resposta, como nos exemplos abaixo.

**POR FAVOR NÃO DEIXE NENHUMA AFIRMAÇÃO POR
RESPONDER.**

Exemplos:

E1. Estou sempre pronto(a) a arriscar.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
E2. Gosto de jogos de tabuleiro.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
E3. Tenho facilidade em aprender a tocar instrumentos musicais.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
E4. Culturas diferentes me fascinam.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente

¹ S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, R. Skinner, J. Martin and E. Clubley (2001). The Autism Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31, 5-17.

² Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento; Laboratório de Neurociência Cognitiva e Social - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – Brasil (ana.osorio@mackenzie.br)

Quociente do Espectro do Autismo – Adultos (QA) 16+ anos

Simon Baron-Cohen, Sally Wheelwright, Richard Skinner,
Joanne Martin and Emma Clubley, 2001¹

Tradução para português de Ana Osório, Beatriz Sanchez e Júlia Egito²
Uso exclusivo para pesquisa

Nome:

Sexo: M() F() Data nascimento:...../...../..... Data preenchimento:...../...../.....

Como preencher este questionário

Abaixo está uma lista de afirmações. Leia cada uma delas com muita atenção e assinale em que medida você está ou não de acordo, fazendo um círculo em redor da resposta, como nos exemplos abaixo.

POR FAVOR NÃO DEIXE NENHUMA AFIRMAÇÃO POR RESPONDER.

Exemplos:

E1. Estou sempre pronto(a) a arriscar.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	<u>Discordo ligeiramente</u>	Discordo totalmente
E2. Gosto de jogos de tabuleiro.	Concordo totalmente	<u>Concordo ligeiramente</u>	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
E3. Tenho facilidade em aprender a tocar instrumentos musicais.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	<u>Discordo totalmente</u>
E4. Culturas diferentes me fascinam.	<u>Concordo totalmente</u>	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente

¹ S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, R. Skinner, J. Martin and E. Clubley (2001). The Autism Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31, 5-17.

² Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento; Laboratório de Neurociência Cognitiva e Social - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – Brasil (ana.osorio@mackenzie.br)

1. Prefiro fazer coisas com outras pessoas do que sozinho(a).	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
2. Prefiro fazer as coisas sempre da mesma maneira.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
3. Quando tento imaginar uma coisa, tenho muita facilidade em criar uma imagem na minha mente.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
4. Com frequência fico tão absorvido(a) com uma coisa que esqueço todo o resto.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
5. Frequentemente noto pequenos ruídos que outras pessoas não ouvem.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
6. Costumo prestar atenção aos números das placas dos automóveis ou a outras sequências de informação do mesmo tipo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
7. As outras pessoas com frequência me dizem que falei algo indelicado, apesar de eu achar que fui delicado(a).	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
8. Quando leio uma história, consigo imaginar facilmente a aparência dos personagens.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
9. Sou fascinado por datas.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
10. Quando estou em grupo, tenho facilidade em seguir várias conversas ao mesmo tempo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
11. Tenho facilidade em compreender situações sociais.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
12. Tenho tendência a notar detalhes que os outros não reparam.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
13. Prefiro ir a uma biblioteca do que a uma festa.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
14. Tenho facilidade em inventar histórias.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
15. Tenho maior tendência a me aproximar de pessoas do que de coisas.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
16. Tenho tendência a ter interesses fortes e fico incomodado(a) se não posso me dedicar a eles.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
17. Gosto de bater papo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
18. Quando estou falando, as outras pessoas têm dificuldade em tomar a palavra.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
19. Os números me fascinam.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
20. Quando leio uma história, sinto dificuldade em entender as intenções dos personagens.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
21. Não aprecio ler livros de ficção.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente

22. Tenho dificuldade em fazer novos amigos.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
23. Vejo constantemente padrões nas coisas que me rodeiam.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
24. Prefiro ir ao teatro do que ir a um museu.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
25. Não fico incomodado(a) se minha rotina diária for alterada.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
26. Com frequência sinto que não sei manter uma conversa.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
27. Tenho facilidade em “ler nas entrelinhas” quando falam comigo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
28. Geralmente me concentro mais no todo do que nos detalhes.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
29. Não sou muito bom/boa em lembrar números de telefone.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
30. Geralmente não reparo nas pequenas mudanças de uma situação ou na aparência de uma pessoa.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
31. Consigo dizer quando a pessoa com quem estou conversando fica entediada.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
32. Consigo facilmente fazer mais do que uma coisa ao mesmo tempo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
33. Quando falo no telefone, não tenho a certeza quando é a minha vez de falar.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
34. Gosto de fazer as coisas de forma espontânea.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
35. Com frequência sou o(a) último(a) que entende uma piada.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
36. Tenho facilidade em entender o que uma pessoa está pensando ou sentindo apenas olhando para o seu rosto.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
37. Se sou interrompido(a), consigo rapidamente voltar ao que estava fazendo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
38. Sou bom/boa de papo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
39. Os outros frequentemente me dizem que eu insisto muito nas mesmas coisas.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
40. Quando era criança, gostava de brincar de faz-de-conta com as outras crianças.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
41. Gosto de colecionar informação sobre categorias de coisas (p. ex., tipos de carros, de aves, de trens, de plantas, etc.).	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente

42. Tenho dificuldade de me imaginar na pele de outra pessoa.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
43. Gosto de planejar com cuidado todas as atividades em que participo.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
44. Aprecio eventos sociais.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
45. Tenho dificuldade em entender as intenções das outras pessoas.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
46. Situações novas me deixam ansioso(a).	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
47. Gosto de conhecer pessoas novas.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
48. Tenho uma postura conciliadora em situações de interação social.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
49. Tenho dificuldade em lembrar o dia de aniversário dos outros.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente
50. Tenho muita facilidade em brincar de faz-de-conta com as crianças.	Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Discordo totalmente

ANEXO G - ESCALA ADOS - 2

ADOS		MÓDULO 2 Expressão verbal com frases
Identificação da criança: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: _____ Data da avaliação: _____ Examinador: _____ Idade cronológica: _____ Outra informação: _____ _____	Observação /codificação 1. Tarefa de construção 2. Resposta ao nome 3. Jogo faz-de-conta 4. Jogo de interação conjunta 5. Conversa 6. Resposta à atenção conjunta 7. Tarefa de demonstração 8. Descrição de uma figura 9. Contar a história de um livro 10. Jogo Livre 11. Festa de Aniversário 12. Lanche 13. Antecipação de uma rotina com objectos 14. Jogo com bolas de sabão	

NOTAS

Observação

1. Tarefa de construção

Foco da observação: O foco de observação está em determinar se a criança indica a necessidade de mais peças, e o modo como o faz. (Por exemplo, se alcança por cima do braço do examinador, se vocaliza ou estabelece contacto ocular.

Registo de uma amostra de comunicação:

2. Resposta ao nome

Foco da observação: O objectivo desta tarefa é observar a consistência da resposta da criança a uma hierarquia de estímulos auditivos, desde a) o examinador a chama-la pelo nome, b) pai ou cuidador chama pelo nome, c) pai ou cuidador faz um som que lhe é conhecido ou a chama de um modo que implique contacto físico (p.e. "Eu vou-te apanhar!"), a d) tocar na criança. O foco da observação incide quer nos sons que o examinador, pai ou cuidador precisa de fazer para obter a atenção da mesma quer no modo como a criança responde.

3. Jogo faz-de-conta

Foco da observação: O foco da observação está em determinar até que ponto a criança produz sequências de acções que envolvam o uso de materiais para além da sua intenção mais óbvia. Deve ser fornecida uma atenção especial ao modo como a criança atribui um papel de ser animado às bonecas e como faz de conta que as bonecas interagem entre elas.

4. Jogo de interacção conjunta

Foco da observação: O foco da observação está na *reciprocidade* demonstrada pela criança no jogo interactivo. O objectivo é que a criança (não o examinador) desenvolva a interacção e demonstre uma nova iniciativa que vá mais além que uma resposta directa às propostas do examinador.

5. Conversação

Foco da observação: O foco da observação está em determinar até que ponto a criança se baseia nas declarações do examinador e faz declarações condutoras para facilitar uma conversa com turnos.

NOTAS

NOTAS

6. Resposta à atenção conjunta

Foco da observação: O foco da observação está em determinar se a criança é capaz de acompanhar uma mudança de olhar do outro sem precisar de apontar ou se acompanha a mudança de olhar apenas quando também se aponta.

7. Tarefa de demonstração

Foco da observação: O objectivo desta tarefa é determinar se e como a criança representa acções familiares por gestos, sobretudo através do uso do seu corpo para representar um objecto (p.e. um dedo para representar um escova de dentes) ou mimando o uso de um objecto imaginário. Para além disso, esta tarefa fornece uma oportunidade para avaliar o relato de um acontecimento familiar.

8. Descrição de uma imagem

Foco da observação: O objectivo desta tarefa é obter um exemplo de discurso espontânea e comunicação da criança, assim como perceber o que capta o seu interesse.

9. Contar uma história de um livro

Foco da observação: O objectivo desta tarefa, como o da precedente, é obter um exemplo do discurso espontânea e comunicação da criança, e perceber o que capta o seu interesse. Esta tarefa também fornece uma oportunidade para avaliar o grau com que a criança consegue dar um sentido de continuidade a uma história.

10. Jogo livre

Foco da observação: O foco da observação está em: a) se a criança *espontaneamente* procura interação com o examinador ou pai ou cuidador durante o jogo, b) o grau com que explora materiais simbólicos ou funcionalmente, c) até que ponto permanece numa actividade durante um período apropriado de tempo ou se "salta" de objecto para objecto, d) até que ponto a criança se envolve em acções repetitivas.

11. Festa de aniversário

Foco da observação: O foco da observação está no interesse e habilidade da criança em aderir ao "guião" do aniversário de uma boneca. Deverá ser dada atenção a se a criança trata a boneca como representação de um ser animado, se contribui espontaneamente para a encenação da festa, e, se não o fizer, se a criança imita as acções do examinador espontaneamente ou só participa quando lhe é pedido ou quando é dirigida para tal.

12. Lanche

Foco da observação: Esta tarefa fornece a oportunidade de determinar se e como a criança indica a preferência e requisita comida num contexto familiar. A atenção é dirigida para como a criança usa o olhar, o gesto, o alcançar, a expressão facial, e a vocalização para comunicar um pedido ao examinador.

13. Antecipação de uma rotina com objectos

Foco da observação: Esta tarefa fornece um contexto para observar o "pedir" da criança, se inicia a atenção conjunta, se partilha o prazer, e o seu comportamento motor durante a actividade.

NOTAS

14. Jogo com bolas de sabão

Foco da observação: Esta tarefa fornece outro contexto que permite observar o afecto da criança, se inicia atenção conjunta, se partilha o prazer, se faz pedidos, e o seu comportamento motor enquanto as bolas de sabão estão presentes.

Estratégias usadas para referência conjunta

___ apontar com o indicador ___ alcançar com mão aberta

___ outro gesto

especificar:

___ vocalizações: ___ palavras ___ não verbal

___ contacto ocular: ___ sozinho ___ com apontar

___ com vocalização

Objectos referenciados

___ animal mecânico ___ balão ___ bolas de sabão

___ outro

especificar:

NOTAS

Codificação

As classificações gerais atribuídas nesta secção deverão ser determinadas com base no comportamento da criança ao longo de toda a avaliação. Se o comportamento da criança muda qualitativamente depois de um período de adaptação, as classificações deverão ser baseadas no período após a estabilização do comportamento. As classificações deverão ser determinadas imediatamente a seguir à avaliação. As classificações estão organizadas de acordo com cinco grupos principais: "A. Linguagem e Comunicação," "B. Interação social recíproca," "C. Jogo," "D. Comportamentos estereotipados e interesses restritos," e "E. Outros comportamentos anormais".

A Linguagem e comunicação

A menos que seja indicado o contrário, a cotação deverá ser realizada de acordo com a idade cronológica e não em comparação com o nível de desenvolvimento ou as capacidades de linguagem expressiva esperadas.

1. Nível geral de linguagem não ecológica

Este item cota a complexidade da linguagem expressiva espontânea produzida durante a sessão. Esta cotação deverá reflectir a maioria das orações, e não as mais complexas.

- 0 = Discurso com frases não-ecológicas composto por três ou mais palavras por frases, com algumas marcações gramaticais, como plurais ou tempos verbais.
- 1 = Discurso composto essencialmente por frases de duas ou três palavras com poucas ou nenhuma marcações gramaticais.
- 2 = Frases só ocasionalmente; a maioria são palavras isoladas
- 3 = Apenas palavras isoladas, ou ausência de linguagem verbal oral.
- 7 = Todo o discurso é ecológico (imediatamente ou atrasado), com ou sem intenção comunicativa.

2. Quantidade de propostas sociais / Manutenção da atenção

O foco deste item está no número de tentativas da criança em obter, manter ou dirigir a atenção do examinador E/OU dirigir a atenção do examinador para objectos ou acções do interesse da criança. Não cotar neste item a qualidade das tentativas não-verbais; essas cotações são realizadas mais à frente neste protocolo. No entanto, a cotação deste item pode incluir questões repetidas, instruções ao examinador, ou comportamentos não verbais se não forem relacionados com preocupações nem dirigidos à obtenção de objectos, mas sim se funcionarem principalmente como uma forma de contacto social.

0 = Tentativas frequentes de obter ou manter a atenção do examinador E/OU tentativas frequentes de dirigir a atenção do examinador para objectos ou acções do interesse da criança

- 1 = Algumas tentativas de obter, manter, ou dirigir a atenção do examinador como descrito acima para o score de 0, mas mas com uma frequência mais reduzida ou número de contextos usados mais reduzido (p.e. apenas procura obter atenção para dirigir o comportamento do examinador).
- 2 = A criança demonstra relativamente pouca preocupação ao facto do examinador estar a prestar atenção a ela, não ser que precise de ajuda E/OU realiza poucas tentativas para obter, manter ou dirigir a atenção do examinador.
- 7 = Pedidos de atenção invulgarmente frequentes, intensivos ou excessivos, fora de tarefas ou questões estruturadas inseridas na avaliação ADOS, independentemente da adequação social dos comportamentos individuais.

3. Anormalidades do discurso associadas com o autismo (entoação/ volume /ritmo /fluência).

O foco deste item está nas anormalidades do discurso que são específicas do autismo. Devido à variabilidade dentro do espectro autista, os padrões de discurso que sai invulgares nas características identificadas, mas que não são protótipos do autismo, devem ser cotadas com 1. Cotar este item relativamente ao nível da linguagem expressiva da criança. Os padrões de discurso tipicamente associados com um atraso de linguagem global devem ser cotados com 0.

- 0 = Variação de entoação apropriada, volume razoável, e fluência de discurso normal, com ritmo regular e coordenado com a respiração.
- 1 = Variação ligeira na altura (agudo/grave) e tom; entoação "plana" ou exagerada, mas não obviamente peculiar. OU volume ligeiramente invulgar E/OU discurso que tende a ser invulgarmente lento, rápido ou "aos solavancos".
- 2 = Discurso claramente anormal por QUALQUER uma das seguintes razões: lento e com cortes abruptos; inapropriadamente rápido; "aos solavancos" e num ritmo irregular (que não gaguez vulgar); entoação estranha ou altura e stress inapropriados; marcadamente "plano" e com ausência de tom ("mecânico"); volume consistentemente anormal.
- 7 = Gaguez ou outra desordem de fluência.
- 8 = Não aplicável (frequência ou complexidade de discurso fraseado inadequadas para avaliação da entoação/ritmo/fluência)

4. Ecolália imediata

Este item concerne as repetições imediatas da criança da última declaração ou conjunto de declarações emitidos pelos pais, cuidador ou pelo examinador. Não incluir repetições de pistas usadas pelo examinador para obter uma resposta ou que são usadas como um mecanismo auxiliar de memória em tarefas específicas.

- 0 = Raramente ou nunca repete o discurso dos outros.
- 1 = Ecolália ocasional
- 2 = Ecolália de palavras e frases de modo regular, mas com a presença de alguma linguagem espontânea (que pode ser estereotipada).
- 3 = A ecolália imediata constitui a maioria do discurso.

5. Uso estereotipado/idiossincrático de palavras ou frases.

A cotação deste item inclui ecolalia indiferida ou outras frases altamente repetitivas com padrões de entoação consistentes. Estas palavras ou frases podem ter uma intenção em termos de significado e podem ser apropriadas para conversação a determinado nível. O foco deste item está na qualidade estereotipada ou idiossincrática das frases, uso invulgar de palavras para a formação de frases e/ou na sua associação arbitrária com um significado particular. Os neologismos podem ser cotados aqui, assim como evidência concretas de um erro a nível dos pronomes pessoais (p.e., *tu* ou *ele/ela* para significar *eu*). A cotação está relacionada com o nível de linguagem expressiva da criança.



0 = Nunca ou raramente usa palavras ou frases, estereotipadas ou idiossincráticas.

1 = Uso de frases ou palavras tende a ser mais repetitivo do que o da maioria dos indivíduos, ao mesmo nível de complexidade, mas não é marcadamente estranho, OU uso ocasional de orações estereotipadas ou uso de palavras estranhas, OU uso de frases de um modo invulgar, mas com a presença simultânea de linguagem espontânea flexível.

2 = Uso frequente de orações estereotipadas ou palavras estranhas ou frases com outros tipos de sentido.

3 = Frases quase exclusivamente estranhas ou orações estereotipadas.

6. Conversa

O foco deste item está no uso de palavras e frases numa conversa social de forma cíclica. Cotar este item relativamente ao nível de linguagem expressiva da criança. Cotar evidências de (ou a falta delas) reciprocidade *não-verbal* em "Quantidade de interacção social recíproca" na secção B deste protocolo.



0 = A conversa flui, alicerçada no diálogo do examinador. Esta cotação requer que muito do discurso da criança providencie quer uma resposta ao discurso do examinador quer com informação extra (não precisa de ser uma questão) que se baseie no que acabou de ser dito e permita uma resposta por parte do examinador (i.e., uma sequência de pelo menos 4 elementos: examinador começa, criança comenta, examinador responde, criança responde à resposta)

1 = O discurso inclui alguma elaboração espontânea das próprias respostas da criança para o benefício do examinador OU fornece pistas para o examinador seguir, mas isto ou é em menos quantidade do que o

7. Apontar

O foco deste item é o apontar com um propósito social, dirigido visualmente que é sobretudo usado para exprimir interesse. O termo *distante* refere-se aqui ao apontar que não está próximo do tocar (p.e. a mais de 5cm de distância).



0 = Aponta com o dedo indicador para mostrar referência dirigida visualmente (olhar coordenado para o objecto e para a pessoa) de objectos distantes em pelo menos dois contextos.

1 = Usa o apontar para referenciar os objectos, mas sem a flexibilidade suficiente para os critérios de cotação 0 (p.e., ausência de olhar coordenado, embora a criança possa vocalizar); OU produz uma aproximação do apontar em vez de um apontar com o indicador; OU coordena apenas o apontar que inclua tocar uma imagem, ou outros objectos, próximos com olhar e vocalizações; OU apenas aponta para uma pessoa.

2 = Aponta apenas quando próximo ou mesmo em contacto com um objecto, sem olhar coordenado.

3 = Não aponta para objectos de qualquer forma.

8. Gestos descritivos, convencionais, instrumentais ou informativos.

O foco deste item está nos gestos descritivos que representam um objecto ou acontecimento. O uso de gestos convencionais (p.e., bater palmas para "boa"), informais, ou instrumentais (p.e., pedir, encolher os ombros, acenar com a cabeça, ou abanar a cabeça) recebe cotação parcial. Ao cotar, excluir o apontar, mas incluir comportamentos que ocorrem durante a "Tarefa de demonstração", e ao longo da sessão. No entanto, o ênfase está em como a criança usa os gestos antes de lhe ser pedido ou sugerido.



0 = Uso espontâneo de vários gestos descritivos. Estes gestos podem ser típicos ou idiossincráticos, mas têm de ser comunicativos. Também pode usar gestos instrumentais ou convencionais.

1 = Algum uso espontâneo de gestos descritivos, mas exagerados ou limitados em alcance e/ou contextos, OU uso frequente de gestos convencionais ou instrumentais mas não de gestos descritivos.

2 = Algum uso espontâneo de gestos informais, convencionais ou instrumentais, mas não de gestos descritivos.

3 = Ausência ou uso limitado de gestos convencionais, instrumentais, informais ou descritivos.

8 = Não aplicável (p.e. limitado por incapacidade motora)

esperado para o nível de linguagem expressiva da criança, ou é limitado em termos de flexibilidade.

2 = Pouca conversa recíproca mantida pela criança; pode seguir a sua linha de raciocínio em vez de participar num intercâmbio; pode ter alguma oferta espontânea de informação ou comentários, mas sem um carácter recíproco.

3 = Discurso comunicativo espontâneo é escasso (embora possa existir muito discurso ecológico ou não comunicativo). Esta cotação aplica-se a crianças que fazem algumas respostas limitadas, mas poucas.

B Interação social recíproca

Cotar em comparação com a idade mental não-verbal

1. Contacto ocular involuntário

A cotação deste item requer que o contacto ocular apropriado, claro, flexível, modulado socialmente e usado para uma variedade de objectivos seja distinguido do olhar limitado em flexibilidade, em contextos ou em uso apropriado. Se a criança é tímida ao início e o seu olhar muda de forma acentuada e consistente à medida que ela fica mais confortável, a cotação não é baseada nas impressões iniciais. No entanto, se o contacto ocular não chega a melhorar, a cotação deverá ser baseada no que é observado, mesmo que a criança pareça tímida.

0 = Olhar apropriado com mudanças subtis usado em conjunto com outra forma comunicação.

2 = Usa contacto ocular limitadamente modulado para iniciar, terminar ou regular a interação social.



2. Expressão facial dirigida a outros

A cotação deste item deverá indicar se as expressões da criança são dirigidas ou não a outra pessoa com o intuito de comunicar afecto. Expressões faciais dirigidas a objectos ou



que são unidireccionais não são cotadas neste item. Expressões faciais apropriadas deverão ser cotadas mesmo que sejam expressões estranhas.

0 = Dirige uma série de expressões faciais apropriadas para um pai, cuidador ou examinador de modo a comunicar afecto.

1 = Alguma direcção na expressão facial para o examinador e/ou pai ou cuidador (p.e. dirige apenas para outros expressões que indicam extremos emocionais, ou ocasionalmente dirige uma gama mais ampla de expressões). Uma criança que tenha uma gama de expressões faciais limitada, ou que apenas possui expressões faciais ligeiramente involuntárias, mas que direcciona a maioria das expressões faciais para além poderá ser cotada com 1.

3. Partilha de prazer na interacção

Cotar a resposta social da criança durante qualquer uma das actividades ou conversas. Esta cotação não deverá ser usada para indicar o estado emocional geral da criança durante o encontro. Ter em conta que em crianças ou adolescentes de idade cronológica mais avançada é esperado que demonstrem prazer de um modo mais suave e subtil que crianças mais novas. A cotação dirige-se à sua habilidade em *indicar* prazer ao examinador, e não apenas para interagir ou responder.



0 = Mostra prazer claro e apropriado em participações ou conversas interactivas em mais do que uma tarefa ou tópico de conversa.

1 = Mostra algum prazer apropriado com as acções do examinador OU mostra prazer claro durante uma interacção

2 = Mostra pouca ou nenhuma expressão de prazer em interacção. Pode demonstrar prazer nas suas acções ou em parte da conversa, mas não no comportamento do examinador ou na interacção.

8 = Não aplicável devido a ausência ou pouca interacção, ou por outras razões.

4. Resposta ao nome

Esta cotação refere-se à resposta da criança quando ouve ser chamado o seu nome durante uma tarefa específica. Uma resposta apropriada envolve orientação para, e *contacto ocular* com, a pessoa que a está a chamar. O número de tarefas é especificado porque a probabilidade da criança responder aumenta se lhe forem fornecidas muitas oportunidades.



0 = Olha para o examinador e estabelece contacto ocular imediatamente em pelo menos uma das duas primeiras tarefas feitas pelo examinador (i.e. apenas se chama pelo nome).

1 = Estabelece contacto ocular com o examinador imediatamente após o terceiro ou quarto tarefa do examinador de chamamento de nome apenas OU olha

2 = Raramente ou nunca dirige expressões faciais apropriadas a outros.

em direcção a um pai ou cuidador e estabelece contacto ocular imediatamente após o primeiro ou segundo tarefa de chamamento de nome apenas.

2 = Não estabelece contacto ocular nem com o examinador ou com um pai ou cuidador depois do seu nome ser chamado seis vezes, mas muda a direcção do olhar brevemente (sem contacto ocular). OU olha pelo menos uma vez quando algo interessante ou uma vocalização ou verbalização familiares são realizadas (p.e. estalos com a língua; "Eu vou-te apanhar")

3 = Não olha para o examinador ou para um pai ou cuidador depois de tentativas de chamar a atenção puramente verbais ou vocais são realizadas.

5. **Mostrar**

Mostrar é definido como uma orientação ou colocação deliberada de um objecto onde possa ser visto por outra pessoa sem um objectivo identificável de pedir ajuda ou de participar numa rotina. Para uma cotação máxima, terá de ser acompanhado de contacto ocular, mas vocalização não é necessária.



0 = Espontaneamente mostra brinquedos ou objectos durante a avaliação ADOS levantando-os ou colocando-os em frente de outros, usando contacto ocular com ou sem vocalização.

1 = Mostra brinquedos ou objectos de um modo parcial ou inconsistente (p.e. levanta-os e/ou coloca-os em frente de outros sem contacto ocular coordenado, olha de um objecto na sua mão para outra pessoa sem orientar o objecto explicitamente na direcção daquela pessoa, ou mostra objectos como os descrito acima para a cotação 0 apenas numa ocasião).

2 = Não mostra objectos a outra pessoa.

7. **Resposta à atenção conjunta**

Esta item cota a resposta da criança ao uso do olhar e/ou apontar do examinador para dirigir a sua atenção para um objecto distante. A cotação não deverá ser afectada pelo nível de compreensão de linguagem da criança (i.e. ela tem de seguir a atenção do olhar ou apontar do examinador, mas não tem de compreender o que é dito).



0 = Usa somente a orientação dos olhos e da face do examinador como pista para olhar em direcção ao alvo, sem a necessidade de apontar. A criança deve seguir o olhar do examinador e virar a sua face ou olhos na direcção do alvo depois de observar o examinador fazer-lo; ele/ela não tem de ver mesmo o alvo.

1 = Responde ao apontar do examinador olhando para, ou em direcção ao, alvo.

2 = Olha para o alvo quando é activado ou colocado directamente em frente de si, mas não usa o olhar ou apontar do examinador para localizar o alvo à distância.

3 = Não demonstra interesse ou consciência do alvo. Atribuir esta cotação se não for possível obter e dirigir a atenção da criança em cinco tentativas.

6. **Início espontâneo de atenção conjunta**

Esta cotação refere-se às tentativas da criança para atrair a atenção de outra pessoa para objectos com os quais nenhum deles está em contacto. Não são incluídas as tentativas com os objectivos de pedir algo.



0 = Uso claro de contacto ocular integrado para se referir a um objecto que está fora do seu alcance –

8. **Qualidade das iniciativas sociais**

Este é um item síntese que foca a *qualidade* das tentativas da criança para iniciar interacção social com o examinador, e não a frequência dessas tentativas. Deverá ser dada especial atenção à forma da proposta e ao seu ajuste ao contexto social. A cotação deverá reflectir a maioria das propostas sociais dirigidas ao examinador e não apenas as melhores. Não cotar comportamento com pais ou cuidadores.

olhando para o objecto, depois para o examinador, um pai ou cuidador e depois de novo para o objecto. O contacto ocular pode ser coordenado com apontar e/ou vocalização. Um exemplo claro de tentar atrair a atenção de outra pessoa para o objecto (i.e. mais do que apenas referenciar) é suficiente para esta cotação.

1 = Referencia parcialmente um objecto que está claramente fora do seu alcance. Pode espontaneamente olhar e apontar para o objecto e/ou vocalizar, mas não coordena nenhuma destas acções com o olhar para outra pessoa, OU pode olhar para um objecto e depois olhar ou apontar para o examinador, um pai ou cuidador, mas não volta a olhar para o objecto.

2 = Não nenhuma aproximação de início espontâneo de atenção conjunta para se referir a um objecto que está fora do alcance.



0 = Uso eficaz de meios não – verbais e verbais/vocais para fazer claras propostas sociais ao examinador. As propostas devem ser apropriadas aos contextos imediatos.

1 = Qualidade ligeiramente invulgar de algumas propostas sociais. As propostas podem ser restritas a exigências sócias ou relacionadas com os interesses da criança, mas com algum esforço no sentido de envolver o examinador nesse interesse.

2 = Uma minoria significativa (ou mais) de propostas inapropriadas; muitas propostas não estão integradas no contexto E/OU não têm qualidade social. Isto inclui preocupações que a criança refere ou demonstra mas com pouco esforço no sentido de envolver o examinador.

3 = Propostas sociais não evidenciadas.

9. Qualidade da resposta social

Este é um item síntese que se foca nas respostas sociais da criança durante a sessão.



0 = Demonstra uma gama de respostas apropriadas que variam de acordo com situações sociais e tarefas imediatas.

1 = Demonstra resposta à maioria das situações sociais, mas algo limitadas, socialmente estranhas, inapropriadas, inconsistentes, ou consistentemente negativas.

2 = Respostas estranhas ou estereotipadas, ou respostas limitadas no alcance ou inapropriadas para o contexto

3 = Respostas inexistentes ou mínimas às tentativas do examinador para envolver a criança.

10. Quantidade de comunicação social recíproca

O foco deste item está na frequência dos intercâmbios recíprocos no decurso da sessão, usando qualquer modo de comunicação. A *frequência* é definida aqui quer pelo número absoluto de ocorrências quer pela distribuição através de uma série de contextos imediatos. A cotação para este item síntese deve descrever aspectos de comportamento não-verbal e verbal/vocal que embora não precisem de estar coordenados têm de resultar em intercâmbios recíprocos. Interações recíprocas quer com pais ou cuidadores quer

11. Qualidade geral da Observação

Este item é uma cotação síntese que reflecte a avaliação global do examinador do rapport estabelecido com a criança durante a sessão. Esta cotação deverá ter particularmente em conta o grau em que o examinador teve de alterar o seu comportamento para manter uma interacção com sucesso.



0 = Interacção confortável com o examinador e apropriada ao contexto.

1 = Interacção por vezes confortável, mas não é mantida (p.e., por vezes sente-se estranho ou rígido, ou comportamento da criança parece mecânico ou inapropriado).

2 = Interacção unilateral ou invulgar, resultando num encontro consistentemente algo desconfortável ou um encontro que teria sido difícil se o examinador não tivesse continuamente alterado a estrutura das situação para além das actividades estandardizadas do ADOS.

3 = A criança demonstra mínima consideração pelo examinador OU o encontro é marcadamente desconfortável durante uma porção significativa de tempo.

com o examinador podem ser aqui cotadas.



0 = uso extensivo de comportamentos verbais ou não verbais (a qualquer que seja o nível atingido) para intercâmbio social (i.e., conversa, comentários, e reparos ou comportamento não-verbal que pareça ter uma intenção recíproca)

1 = Alguma comunicação social; recíproca (como descrito acima para o score de 0), mas reduzida em frequência ou quantidade, ou no número de contextos em que tal comportamento ocorre (independentemente da quantidade de fala não social).

2 = A maioria da comunicação ou é orientada para objectos (i.e., para pedir coisas) OU são respostas a questões OU ecolálias OU referente a preocupações particulares; nenhuma ou pouca conversa social ou pegando e dando a vez

3 = Nenhuma ou pouca comunicação social recíproca.

C Jogo

Ambos os itens devem ser cotados em comparação com as capacidades de linguagem expressiva

1. Jogo funcional com objectos

Este item descreve uso apropriado de brinquedos ou miniaturas de acordo com finalidade dos mesmos. Exclui jogo que ocorre em resposta a orientações de um pai, cuidador ou examinador. Usar o próximo item "Imaginação/Criatividade" para cotar todo o jogo com uma boneca.



0 = Brinca espontaneamente com uma variedade de brinquedos de um modo convencional, incluindo jogo apropriado com várias miniaturas diferentes (p.e. telefone, camião, pratos, materiais da actividade da Festa de Aniversário). Não atribuir esta cotação para imitações, acções sugeridas, ou empurrar o carro.

1 = Algum jogo funcional espontâneo com brinquedos de causa-efeito com pelo menos uma miniatura. Não atribuir esta cotação a imitações, respostas a pedidos directos (p.e. "Dá de comer ao bebe"), empurrar o carro, e o uso de brinquedos de construção.

2. Imaginação / Criatividade

Este item descreve uso flexível e criativo de objectos de um modo representativo que vai para além das propriedades físicas dos materiais (p.e. para além de colocar as colheres de brincar nos pratos de brincar). Qualquer tipo de utilização de uma boneca deverá ser cotado neste item, segundo as especificações.



0 = Uma variedade de jogo ou actividades espontâneos, inventivos e criativos, incluindo o uso da boneca ou de figuras como agentes de acção.

1 = Algum jogo espontâneo, criativo ou faz-de-conta, mas de amplitude bastante limitada. Pode incluir algum uso da boneca ou figuras como agentes, mas de modo menos flexível do que seria cotado com 0.

2 = Pouco jogo espontâneo, criativo ou faz-de-conta, OU apenas jogos de qualidade repetitiva ou estereotípica.

3 = Ausência de jogo criativo ou inventivo (nem mesmo

2 = Brinca de modo apropriado apenas com brinquedos de causa-efeito e/ou brinquedos de construção, E/OU empurra o carro. Isto pode incluir imitação de uma demonstração ou imitação de jogo mais representacional com outros brinquedos.
3 = Ausência de jogo com brinquedos ou apenas jogo estereotipado.

jogo repetitivo ou estereotipado).

D Comportamentos estereotipados e interesses restritos

Cotação relativa ao nível de desenvolvimento ou capacidades de linguagem expressiva esperadas.

1. Interesse sensorial involgar no material de jogo ou pessoa

Cotar o interesse ou resposta involgar da criança relativamente aos aspectos sensoriais dos brinquedos ou do contexto. Se a criança tem uma preocupação baseada num interesse sensorial, isso pode ser aqui cotado como *um* interesse sensorial involgar. Por exemplo, se a criança demonstra interesse em pernas de cadeira durante um período extenso de tempo, isso é cotado depois nesta secção do protocolo no item 4 "Interesses repetitivos involgares ou comportamentos estereotipados". Se a criança tem um interesse por pernas de cadeira e gosta de olhar para elas repetidamente, demonstrando-o ao olhar/espreitar para elas ou inclinando a cabeça, isso deverá ser cotado também no item 4 "Interesses repetitivos involgares ou comportamentos estereotipados" se for um comportamento persistente, mas também poderá ser cotado aqui (item 1) com o score de 1 devido à componente sensorial envolvida. Se a criança gosta de olhar para pernas de cadeira, para os cantos da sala, para as portas de um brinquedo pop-up, e para as tiras metálicas das persianas, mas não se preocupa em demasia com nenhum destes, deverá receber um score de 2 neste item devido ao interesse sensorial involgar e um score de 0 no item 4 "Interesses repetitivos involgares ou comportamentos estereotipados".

0 = Não cheira, não toca repetidamente, não sente a textura, não lambe, não leva à boca nem morde, não demonstra interesse na repetição de certos sons, não demonstra fortes reacções a certos sons, e não demonstra examinação visual involgar ou prolongada.
1 = Respostas ou interesses sensoriais involgares ocasionais, OU situação não tão clara como a especificada abaixo para o score de 2.
2 = Interesse claro em elementos não funcionais de materiais de jogo, OU examinação sensorial de si próprio ou de outros em mais do que uma ocasião, OU reposta sensorial involgar persistente a vários materiais ou eventos.

Especificar:

2. Maneirismos complexos de mãos e dedos e outros

Cotar movimentos ou posturas de mãos e dedos, braços, ou de todo o corpo, que sejam involgares e/ou repetitivos. Bater palmas *não é* cotado neste módulo do ADOS. Não incluir o embalar do corpo a não ser que envolva mais do que o tronco. Estalar os dedos, roer as unhas, enrolar o cabelo, e chuchar no polegar também não são aqui cotados. Não é necessário que a criança observe os movimentos dos seus dedos ou mãos para o comportamento ser cotado aqui.

0 = Nenhum
1 = Maneirismos de mãos ou dedos, ou maneirismos complexos, muito breves ou raros, OU maneirismos não tão claros como os especificados abaixo para o score 2.
2 = Claro torcer ou estalar de dedos, E/OU maneirismos ou estereotipias de mãos ou outros.

Especificar:

3. Comportamentos de auto-mutilação

Cotar qualquer comportamento que envolva qualquer tipo de acto agressivo para o próprio, mesmo que não seja claramente nocivo.

0 = Nenhuma tentativa de se magoar a si próprio
1 = Auto-mutilação rara e/ou dúbia (p.e. pelo menos uma vez: morde a própria mão ou braço, puxa o próprio cabelo, dá uma estalada na cara, ou bate com a cabeça)
2 = Auto-mutilação claramente presente (p.e. mais do que um exemplo de bater com a cabeça, de dar estalos na cara, de puxar o cabelo ou de se morder)

4. Interesses repetitivos invulgares ou comportamentos estereotipados

Cotar qualquer comportamento repetitivo ou estereotipado, incluindo preocupação com actividades ou objectos invulgares, como pernas de cadeira ou relógios de pulso; uso repetitivo e não funcional de brinquedos, como rodas, alinhamento de objectos, ou abrir e fechar os olhos de uma boneca por mais de 2 ou 3 segundos; acções repetitivas como bater com objectos ou pôr os dedos nas orelhas; e insistência em rotinas ou comportamentos ritualistas invulgares, como modos específicos de tocar ou de mover objectos, ou insistência em ter um pai, o cuidador ou o examinador a agir de uma determinada forma.

0 = Nenhum comportamento repetitivo ou estereotipado durante a avaliação com o ADOS

1 = Um interesse ou comportamento que é repetitivo ou estereotipado num grau invulgar, incluindo um interesse intenso num brinquedo ou objecto particular, um interesse claro num objecto ou actividade invulgar (estranho para o nível de capacidade motora que a criança possui), uma actividade rotina invulgar, um frequente uso repetitivo de objectos, ou um claro interesse numa parte de um objecto. Este interesse ou comportamento ocorre em conjunção com várias outras actividades, e não impede que a criança complete qualquer actividade do ADOS.

2 = Os interesse e/ou comportamentos repetitivos ou estereotipados, como os descritos acima, formam uma minoria substancial dos interesses e comportamentos espontâneos da criança. Estes interesses ou comportamentos podem interferir com a capacidade da criança em completar as actividades do ADOS, mas é possível direccionar a sua atenção para outros objectos ou actividades, pelo menos momentaneamente. Atribuir esta cotação se for necessário remover da sala os objectos que causam preocupação.

3 = Os interesses e/ou comportamentos repetitivos ou estereotipados, como descritos acima, constituem a maioria dos interesses da criança OU as tentativas de direccionar a sua atenção para outros objectos ou actividades criam resistência e/ou mal-estar.

Especificar preocupações, rituais ou comportamentos repetitivos invulgares:

E Outros comportamentos anormais

A menos que seja indicado o contrário, a cotação destes itens não é relativa ao nível de desenvolvimento ou capacidades de linguagem expressiva esperadas.

1. Sobre – actividade

Para este item, cotar a capacidade esperada da criança em permanecer quieta e/ou sentada, com base no seu nível geral de desenvolvimento.

0 = Senta-se ou está quieta de um modo apropriado quando tal é esperado durante a avaliação.

1 = Senta-se brevemente ou está quieta quando tal é esperado em actividades para além do lanche (p.e. durante a tarefa de imitação simbólica, a festa de aniversário). Está frequentemente inquieta, movimenta-se ou levanta-se da cadeira frequentemente mas não está desassossegada ou invulgarmente inquieta. As dificuldades na avaliação não são devidas essencialmente à sobre – actividade.

2 = Quase nunca está quieta de todo (sem contar com o lanche). Pode mover-se pela sala de um modo que é difícil de interromper; o nível de actividade perturba a avaliação.

7 = Sub – activa

2. Birras, agressão, comportamento negativo ou disruptivo.

Este item inclui qualquer forma de raiva ou disrupção para além da comunicação de frustração suave ou de choramingar.

0 = Nenhum comportamento transtornado, disruptivo, negativo, destrutivo, ou agressivo durante o ADOS.

1 = Demonstrações ocasionais de transtorno suave, raiva, agressão, negativismo, ou comportamento disruptivo para com um pai, cuidador ou com o examinador.

2 = Demonstra negativismo marcado ou acentuado, ataques temperamentais, ou agressão mais significativa (p.e. bater, morder outros). Gritos altos estão aqui incluídos.

3. Ansiedade

Ansiedade inclui preocupação inicial, assim como sinais mais óbvios de preocupação ou cuidado.

0 = Sem ansiedade óbvia (p.e. tremor, ou "estar aos saltos").

1 = Sinais suaves de ansiedade, especialmente no início da entrevista, OU ansiedade marcada apenas em resposta a um pedido específico ou a um brinquedo ou tarefa particular.

2 = Ansiedade marcada em resposta a mais do que um brinquedo ou tarefa ou em várias ocasiões durante a avaliação.

ADOS
MODULO2

 Identificação da criança: _____ Data de Nascimento: _____
 Sexo: _____ Data da avaliação: _____
 Examinador: _____ Idade cronológica: _____

Algoritmo ADOS
para o diagnóstico de autismo no DSM-IV/ICD10
 (scores actuais de 3 no protocolo passam a 2, e tratar todos os outros scores que não sejam 0-3 como 0)

Comunicação

 Quantidade de propostas sociais/Manutenção da atenção (A-2) _____
 Uso estereotipado/idiossincrático de palavras ou frases (A-5) _____
 Conversa (A-6) _____
 Apontar (A-7) _____
 Gestos descritivos, convencionais, instrumentais ou informativos (A-8) _____
 Total da comunicação _____
 (ponto de corte para o *autismo* =5; para o *espectro autista* = 3)

Interação social recíproca

 Contacto ocular invulgar (B-1) _____
 Expressão facial dirigida a outros (B-2) _____
 Início espontâneo de atenção conjunta (B-6) _____
 Qualidade das iniciativas sociais (B-8) _____
 Qualidade da resposta social (B-9) _____
 Quantidade de comunicação social recíproca (B-10) _____
 Qualidade geral da observação (B-11) _____
 Total interação social recíproca _____
 (ponto de corte para o *autismo* =6; para o *espectro autista* = 4)
 Total comunicação + interação social recíproca _____
 (ponto de corte para o *autismo* =12; para o *espectro autista* =8)

Imaginação/Criatividade (C-2) _____

Comportamentos estereotipados e interesses restritos

 Interesse sensorial invulgar no material de jogo ou pessoa (D-1) _____
 Maneirismos de mãos e dedos e outros complexos (D-2) _____
 Interesses repetitivos invulgares ou comportamentos estereotipados (D-4) _____
 Total comportamentos estereotipados e interesses restritos _____

Diagnóstico:

 Classificação ADOS _____
 Diagnóstico geral _____

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE**TCLE**

Título da Pesquisa: ALTERAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE EM ADULTOS AUTISTAS: IMPACTOS NA VIDA COTIDIANA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Objetivo: Analisar as alterações da psicomotricidade em adultos autistas, investigando suas características e possíveis impactos na vida cotidiana e na participação social.

Período da coleta de dados: 01/09/2024 a 10/09/2024

Tempo estimado para cada coleta: 1 Dia para cada

Local da coleta: AMA-REC/SC

Pesquisador/Orientador: Diogo Domingui

Telefone: (48)98815-7084

Pesquisador/Acadêmico: Kayllany Gardini da Rosa

Telefone: (48)99816-1522

10º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que: Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for

necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim foram sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C. Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento foi obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) **pesquisador(a) Kayllany Gardini da Rosa pelo telefone (48) 998161522 e/ou pelo e-mail kay.gardini@hotmail.com**. Ou com o **pesquisador orientador Dr Diogo Dominguni pelo telefone (48)988157084 e/ou pelo e-mail: diogo_dominguni@unesc.net**.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronunciou-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados,

envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

Criciúma (SC), _____ de _____ de 2024.

ANEXO H - RESOLUÇÃO CEP



O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 6.968.196 **CAAE:** 81268424.7.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Diogo Domingui

Pesquisador(a): KAYLLANY GARDINI DA ROSA

Título: ALTERAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE EM ADULTOS AUTISTAS: IMPACTOS NA VIDA COTIDIANA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e quaisquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 25 de julho 2024.

Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.