



ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da comunicação social de crianças até 12 anos com Transtorno do Espectro Autista em Centro de Atendimento Psicossocial

Evaluation of the social communication of children up to 12 years old with Autism Spectrum Disorder in a Psychosocial Care Center

Rute Falcão Soares , Marco Aurelio M. Freire* 

Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

Submetido em 24 de janeiro de 2023, aceito em 9 de maio de 2023, publicado em 21 de junho de 2023.

PALAVRAS-CHAVE

Comunicação social
Crianças
Transtorno do espectro autista

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a comunicação social em crianças até 12 anos diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) da cidade de Mossoró/RN.

Métodos: Pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, transversal, realizada no CAPSi de Mossoró/RN. A coleta de dados baseou-se na aplicação de questionários aos pais/responsáveis, para caracterizar suas condições socioeconômicas e sua percepção sobre seus filhos. Foi utilizado o instrumento Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL) para crianças, desenvolvido para avaliar a aquisição e desenvolvimento de conteúdo (semântica) e estrutura (morfologia e sintaxe) da linguagem. Os questionários foram codificados e os dados foram tabulados para posterior análise estatística.

Resultados: Foram estudadas 33 crianças e 73 pais/responsáveis. A maioria dos pais/responsáveis era do sexo feminino (95,9%), predominantemente na faixa etária de 30-39 anos (média de 37,6 anos), com cônjuge (60%), com ensino médio completo (45%) e renda mensal em torno de um salário-mínimo (76,7%), possuindo atitudes positivas em relação aos filhos e notando dificuldades na comunicação destes. Na aplicação do questionário com as crianças, 63,7% apresentaram resultados na faixa de normalidade, enquanto 3% apresentaram alteração leve e 33,3% alteração grave de linguagem.

Conclusão: Crianças com TEA frequentadoras do CAPSi apresentam alterações de linguagem no subnível pragmático e mais da metade dos participantes não apresenta alterações morfosintáticas e semânticas.

*Autor de correspondência:

Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

End.: Av. Miguel Antônio da Silva Neto, s/n - Bairro: Aeroporto. Mossoró, RN, Brasil | CEP 59.607-360

Fone: (84) 99612-9104

E-mail: freire.m@gmail.com (Freire MAM)

Este estudo foi realizado na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Este estudo é parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Sociedade por Rute Falcão Soares junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1381>

Como citar este artigo: Soares RF, Freire MAM. Evaluation of the social communication of children up to 12 years old with Autism Spectrum Disorder in a Psychosocial Care Center. Rev Cienc Saude. 2023;13(2):33-41.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1381>

2236-3785/© 2023 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)



KEYWORDS

Autism spectrum disorder
Children
Social communication

ABSTRACT

Objective: To characterize social communication in children up to 12 years old diagnosed with Autistic Spectrum Disorder (ASD) treated at the Child Psychosocial Care Center (CAPSi) in Mossoró/RN.

Methods: Exploratory, descriptive, quantitative, cross-sectional study conducted at CAPSi in Mossoró/RN. The data collection was based on the application of questionnaires to parents/guardians to characterize their socioeconomic conditions and their perception of their children. The Language Development Assessment (LDA) instrument for children was used, developed to assess the acquisition and development of language content (semantics) and structure (morphology and syntax). The questionnaires were coded, and the data were tabulated for further statistical analysis.

Results: 33 children and 73 parents/guardians were studied. Most parents/guardians were female (95.9%), aged 30-39 years (mean age 37.6 years predominantly), with a partner (60%), with high school education (45%), and monthly income around one minimum wage (76.7%), having positive attitudes toward their children and noticing difficulties in their communication. In applying the questionnaire to the children, 63.7% presented results within the normal range, while 3% presented mild and 33.3% severe language alterations.

Conclusion: Children with ASD attending CAPSi have language disorders in the pragmatic sublevel, and more than half of the participants did not have morphosyntactic and semantic changes.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma síndrome neuropsiquiátrica com início precoce e curso crônico, não degenerativo. De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (APA) em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) o TEA é caracterizado por manifestações comportamentais acompanhadas por déficits na interação social, alterações importantes na comunicação verbal e não verbal, padrões de comportamentos estereotipados repetitivos e limitados, dificuldades de adaptação a mudanças de rotina e um repertório restrito de interesses e atividades¹, sendo classificado em três níveis de gravidade: Nível 3 (exigindo apoio muito substancial), Nível 2 (exigindo apoio substancial) e Nível 1 (exigindo apoio)¹.

O termo autismo foi inicialmente definido pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler em 1911, descrevendo essa condição como a fuga da realidade e o retraimento interior dos pacientes acometidos de esquizofrenia. Posteriormente, o pesquisador e psiquiatra infantil austríaco Leo Kanner, através da análise de um grupo de onze crianças com idade entre dois e onze anos para as quais prestava assistência, identificou como característica angular do autismo uma incapacidade das crianças se relacionarem de modo normal com as pessoas e as situações, fornecendo um conceito de doença distinto da esquizofrenia, denominado de distúrbios autísticos do contato afetivo². As crianças tinham em comum alterações na linguagem e dificuldade na interação social, com tendências ao isolamento e indiferença a pessoas, objetos e situações cotidianas², com tais sinais sendo percebíveis nos primeiros três anos de vida³.

A incidência de crianças diagnosticadas com o TEA vem aumentando progressivamente em âmbito global, sendo um tipo de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) relevante, correspondendo a cerca de 1% na população mundial⁴. Segundo Teixeira⁵, estima-se que ocorra um caso de autismo a cada 42 nascimentos de meninos, com uma ocorrência para cada 189 meninas.

Nos Estados Unidos da América, de acordo com dados dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) a incidência de TEA corresponde a um caso a cada 44 nascimentos, ocorrendo independentemente de grupo étnico, racial ou socioeconômico⁶. Em uma revisão recente, Zeidan et al.⁷ apontam uma proporção mediana entre homens e mulheres diagnosticadas com TEA de 4,2, com um percentual médio de casos de autismo com deficiência intelectual concomitante de 33%.

Embora de etiologia não plenamente conhecida, há evidências de uma base genética como causa do TEA, associada à complexa interação de uma miríade de genes que resultam em um amplo espectro de manifestações⁸. A taxa de recorrência em irmãos de uma criança autista varia entre 2% e 8%, valor mais elevado que o observado na população em geral^{9,10}. Além disso, estudos em gêmeos mostraram que os monozigóticos possuem uma incidência de TEA significativamente maior do que os dizigóticos - 80% e 13,6%, respectivamente¹¹. Islam et al.¹² em um estudo conduzido em Bangladesh referem que 14% das crianças avaliadas eram ligadas por hereditariedade e 10% tinham irmãos com o mesmo problema. Ruzzo et al.¹³ apontam a associação de 16 genes recém-identificados ao TEA, envolvidos com novos mecanismos potenciais, como o transporte iônico e a estrutura do citoesqueleto.

Dentro do TEA existem autistas não-verbais com dificuldades na linguagem, com déficit cognitivo, com estereotípias, sem déficit cognitivo e sem estereotípias. Contudo, as dificuldades sociais são comuns a todos, sendo inclusive um dos aspectos que contribui para o diagnóstico¹⁴. A comunicação social inclui, em suas competências, variados comportamentos verbais e não verbais utilizados na interação social entre indivíduos¹⁵. As dificuldades de comunicação transversais a todas as faixas etárias e a distintos níveis de competências linguísticas em crianças com TEA são o desenvolvimento do conteúdo (semântica) e estrutura (morfologia e sintaxe)¹⁶.

As crianças dentro do espectro autista encontram dificuldades no desenvolvimento da linguagem e na articulação das ideias, razão pela qual a intervenção

com um profissional fonoaudiólogo contribui significativamente para melhorar a qualidade de comunicação do autista e consequentemente sua qualidade de vida. O profissional especialista em fonoaudiologia tem como objetivo maior a compreensão do diagnóstico, da habilitação e reabilitação das dificuldades/alterações e/ou distúrbios da linguagem, sendo capaz também de atuar em diferentes aspectos como a linguagem escrita e oral, a audiolgia, a voz, a mastigação, a respiração e as funções responsáveis pela deglutição, no entanto sempre dando privilégio para uma ótica clínica biológica e comportamental¹⁷.

Diante do exposto, é importante reconhecer o TEA como uma síndrome que acarreta alterações no desenvolvimento do conteúdo (semântica), uso (pragmática) e estrutura (morfologia e sintaxe) na criança, para que seja aplicada a intervenção correta com a finalidade de manutenção de sua linguagem/comunicação social. Nesse sentido, o presente estudo busca avaliar a comunicação social em crianças de até 12 anos diagnosticadas com TEA em Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), localizado em Mossoró, Rio Grande do Norte, além de caracterizar a percepção dos pais/responsáveis a respeito das crianças atendidas no CAPSi.

MÉTODOS

Estudo do tipo descritivo, de caráter exploratório, transversal, com abordagem quantitativa a partir da aplicação de questionários para pais/responsáveis e crianças com TEA cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), localizado em Mossoró, de 1º de janeiro a 30 de maio de 2022. Trata-se de uma amostragem por conveniência realizada ao longo dos turnos matutino (das 7 h às 11 h) e vespertino (das 13 h às 17 h). O CAPSi atende, em média, 200 crianças e adolescentes mensalmente, visando oferecer atendimento em saúde mental e estimular pacientes a se integrarem no meio familiar e social, buscando sua autonomia, por meio de tratamento médico e psicossocial.

Durante os meses de coleta, 33 crianças, diagnosticadas com TEA a partir da avaliação neuropediátrica e psiquiátrica no próprio CAPSi, que atendiam aos critérios de inclusão (até 12 anos incompletos, de ambos os sexos, e que estavam frequentando o CAPSi regularmente no momento da coleta de dados) foram avaliadas.

Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais/responsáveis, estes foram convidados a responder a um questionário socioeconômico e um questionário sobre as habilidades comunicativas da criança¹⁸. O primeiro tratava de aspectos sociodemográficos (gênero, idade, cor/raça, estado civil, escolaridade máxima concluída até o momento do preenchimento do questionário). O segundo, denominado questionário sobre dificuldades comunicativas percebidas por pais de crianças do espectro do autismo, desenvolvido e validado por Balestro e Fernandes¹⁸, era constituído por 24 perguntas, estruturadas em quatro domínios: o primeiro refere-se à impressão dos pais/cuidadores

sobre si mesmos com relação aos seus filhos, focando nas próprias dificuldades em se comunicar com a criança, independente do contexto comunicativo ou das habilidades cognitivos-linguísticas, apresentando um número maior de perguntas, sendo mais amplo por se concentrar especificamente na questão das relações sociais dos pais e o perfil comunicativo a partir de uma perspectiva pessoal.

Os demais domínios (percepção dos pais sobre outros - aceitação das pessoas em relação a seus filhos; atitudes dos pais em relação ao filho; e impressão dos pais sobre o filho), foram divididos em dois blocos de perguntas: dois comunicativos e dois sociais em cada domínio. As questões foram distribuídas com o objetivo de equilibrar os temas e sua ordem de distribuição intercala uma questão do primeiro domínio com uma questão de outro¹⁸, com o questionário contendo quatro opções de respostas sendo ofertadas para cada pergunta: concordo completamente, concordo, discordo e discordo completamente¹⁸. As questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22 e 24 do instrumento correspondem ao domínio 1, com as questões 3, 9, 15 e 21 correspondendo ao domínio 2, as questões 1, 7, 13 e 19 correspondendo ao domínio 3 e as questões 5, 11, 17 e 23 correspondendo ao domínio 4¹⁸.

Concernente às crianças, o instrumento escolhido foi o questionário Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL), desenvolvido para avaliar a aquisição e o desenvolvimento do conteúdo (semântica) e estrutura (morfologia e sintaxe) da linguagem¹⁹. O ADL propõe a utilização de diferentes materiais para cada faixa etária avaliada, com material proposto que faz parte do kit que compõe o teste.

Foi utilizado o manual contendo ilustrações coloridas relativas à habilidade da linguagem avaliada, material concreto (boneca, prato, sino, bolas de tênis, dentre outros) e o protocolo para aplicação da ADL contendo as frases-estímulo, visando observar os comportamentos esperados para crianças seis meses mais jovens que a idade cronológica da criança avaliada. Para a classificação dos níveis de linguagem foi adotada a pontuação proposta pelo teste, baseada na pontuação do escore padrão (EP) para cada tipo de linguagem: i) Linguagem receptiva: última tarefa correta menos o total de respostas incorretas; ii) Linguagem expressiva: última tarefa correta menos o total de respostas incorretas; iii) Linguagem global: somatório dos escores padrão das linguagens receptiva e expressiva, com o EP definido em faixas de valores entre 85 e 115 (faixa de normalidade), 84 e 77 (distúrbio leve de linguagem) e igual ou menor que 69 (distúrbio grave de linguagem)¹⁹. A entrevista e posterior preenchimento dos questionários pelos pais/responsáveis aconteceu na sala de espera do CAPSi, enquanto aguardavam para serem atendidos na consulta médica ou enquanto as crianças estavam em atendimento nas terapias, consistindo de ambiente tranquilo e confortável e livre de interferências. O preenchimento do protocolo ADL pelas crianças ocorreu em uma sala climatizada com a presença da avaliadora, para garantir um ambiente favorável e com poucas distrações para que as crianças respondessem ao teste com tranquilidade. Os dados obtidos a partir da aplicação dos questionários foram tabulados no programa estatístico Prism, versão 5.0 (GraphPad

Software Inc., San Diego, CA, EUA).

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) (CAAE: 28817720.0.0000.5294, parecer no. 3.932.500). A pesquisa respeitou todas as diretrizes e normativas éticas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob a resolução 466/12, complementada pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Foram contabilizadas 33 crianças com idades entre 2 e 12 anos dentro do TEA cadastradas no CAPSi. A amostra de responsáveis que acompanham as crianças nos atendimentos correspondeu a 73 indivíduos, predominantemente na faixa etária de 30-39 anos (42%) (Tabela 1).

A maioria dos responsáveis era do sexo feminino (95,9%) (em geral mães, acompanhadas de avós, sem uma figura paterna) (Tabela 1). A faixa etária apresentou uma média de 37,6 anos, com a idade mínima correspondendo a 22 anos e máxima de 67 anos. A maioria dos responsáveis indicou possuir cônjuge, correspondendo a 60,2% do total. Em relação ao grau de escolaridade máxima concluída, a maioria dos responsáveis tinha o ensino médio completo (45,2% do total dos entrevistados), com 6,85% indicando possuir ensino superior (Tabela 1). A renda familiar média correspondeu a R\$ 1.357,21, com as rendas mínima e máxima sendo de R\$ 500,00 e R\$ 4.000,00, respectivamente. A maioria dos responsáveis (72,7%) indicou possuir renda mensal menor ou igual a um salário-mínimo (Tabela 1).

A Tabela 2 representa a percepção dos pais/responsáveis em relação às habilidades comunicativas dos filhos, à luz das quatro possibilidades possíveis de respostas (concordo completamente, concordo, discordo e discordo completamente), com o Quadro 1 trazendo as questões e seus respectivos domínios (extraído de Balaestro e Fernandes¹⁸).

O domínio 1 apresentou média de respostas consideráveis tanto para concordância como para discordância, variando de acordo com o próprio perfil dos pais e não pelas dificuldades do TEA. O domínio 2 apresentou respostas em sua maioria 'concordo completamente' e 'concordo', o que nos permitiu verificar que os pais percebem e convivem com dificuldades de aceitação dos outros em contexto diário.

O domínio 3 indicou que a maioria dos responsáveis se vê predominantemente com uma atitude positiva com relação a seus filhos. É válido destacar que essas pessoas são frequentadoras do CAPSi e possuem acesso a algumas informações de como estimular os filhos. Já o domínio 4 teve respostas predominantemente em concordância, o que nos permitiu verificar que os pais da população estudada demonstram perceber dificuldade de seus filhos em entender o que eles e os outros falam, a fazer amizades e em expressar falas descontextualizadas.

A Tabela 3 indica os escores padrão das crianças avaliadas na aplicação do questionário ADL, com suas

respectivas idades, gênero e o resultado da avaliação. A maioria das crianças era do gênero masculino (n = 27, 81,8%), com 29,6% (n = 8) apresentando distúrbio grave de linguagem, 3,7% (n = 1) apresentando distúrbio leve de linguagem e 66,7% (n = 18) apresentando-se dentro da faixa de normalidade. Dentre as crianças do gênero feminino (n = 6, 18,2%), 50% apresentaram distúrbio grave de linguagem, com os outros 50% apresentando-se dentro da faixa de normalidade.

Em uma avaliação global das crianças, 63,7% apresentaram resultados na faixa da normalidade, enquanto 3% demonstraram distúrbio leve e 33,3% distúrbio grave de linguagem (Figura 1), salientando-se que a faixa a normalidade a qual o teste se refere é relativo aos subníveis semântico e morfossintático da linguagem avaliadas pelo protocolo.

Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos da amostra de pais/responsáveis (N = 73) do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Mossoró/RN, janeiro a maio de 2022.

Características	n	%
Gênero		
Feminino	70	95,9
Masculino	3	4,1
Faixa etária (anos)		
20-29	16	22
30-39	31	42
40-49	21	29
50-59	3	4
60+	2	3
Estado Civil		
Com cônjuge	44	60,2
Sem cônjuge	29	39,8
Escolaridade		
Ensino Superior	5	6,85
Ensino Médio	33	45,2
Ensino Fundamental completo	17	23,3
Ensino Fundamental incompleto	15	20,55
Não alfabetizado	3	4,1
Renda familiar (salário-mínimo)		
Menor ou igual a 1 SM	56	72,7
Entre 1 e 2 SM	13	16,9
Maior que 2 SM	4	5,2
Não responderam	4	5,2

DISCUSSÃO

A linguagem é um elemento fundamental na comunicação entre os indivíduos, de modo que a capacidade humana de se comunicar por meio de sinais ou símbolos configura-se como o alicerce formador da sociedade como a conhecemos. Assim, o ser humano busca continuamente elaborar ou construir novos métodos para melhorar de maneira efetiva a linguagem e a comunicação. No entanto, eventualmente, a comunicação pode não conseguir ser estabelecida de forma significativa, situação observada, por exemplo, em crianças com TEA²⁰.

Tabela 2 – Habilidades comunicativas das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) avaliadas (n = 33) do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Mossoró/RN, de janeiro a maio de 2022, a partir da percepção dos pais/responsáveis. Valores em n (%).

Questão	Concordo completamente	Concordo	Discordo	Discordo completamente
1	32 (43,8)	28 (38,3)	7 (9,0)	2 (2,0)
2	15 (20,5)	20 (27,5)	9 (12,3)	29 (39,7)
3	48 (65,7)	13 (17,8)	7 (9,5)	4 (5,5)
4	10 (13,7)	4 (5,5)	7 (9,5)	52 (71,2)
5	22 (30,1)	25 (34,2)	8 (11)	18 (24,6)
6	32 (43,8)	16 (21,9)	4 (5,5)	21 (28,7)
7	46 (63,0)	14 (19,1)	3 (4,1)	10 (13,7)
8	20 (27,5)	9 (12,3)	11 (15,0)	33 (45,2)
9	46 (63,0)	13 (17,8)	2 (2,7)	12 (16,4)
10	18 (24,6)	19 (26)	7 (9,5)	29 (39,7)
11	35 (47,9)	14 (19,1)	11 (15,0)	13 (17,8)
12	37 (50,6)	13 (17,8)	3 (4,1)	20 (27,5)
13	67 (91,7)	3 (4,1)	3 (4,1)	0 (0,0)
14	39 (53,4)	16 (21,9)	5 (6,8)	13 (17,8)
15	46 (63,0)	16 (21,9)	4 (5,5)	7 (9,5)
16	48 (65,7)	15 (20,5)	4 (5,5)	6 (8,2)
17	40 (54,8)	14 (19,1)	3 (4,1)	16 (21,9)
18	73 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
19	29 (39,7)	18 (24,6)	10 (13,7)	17 (23,2)
20	45 (61,6)	5 (6,8)	8 (11,0)	15 (20)
21	52 (71,2)	11 (15,0)	4 (5,5)	6 (8,2)
22	49 (67,1)	12 (16,4)	2 (2,7)	10 (13,7)
23	60 (82,1)	6 (8,2)	2 (2,7)	5 (6,8)
24	66 (90,4)	3 (4,1)	1 (1,4)	3 (4,1)

O presente estudo revelou que a maioria dos responsáveis pelas crianças diagnosticadas com TEA era do gênero feminino. Tais achados corroboram descrições prévias da literatura, que apontam que as mães são normalmente as responsáveis pelo cuidado mais próximo das crianças²¹, incluindo-se questões relacionadas a aspectos nutricionais²².

O papel da família é preponderante a partir do diagnóstico de TEA²³. No presente estudo, 60,2% dos entrevistados declararam ter um companheiro, subentendendo-se que estes possuem um suporte para auxiliar no acompanhamento do desenvolvimento da criança com TEA, enquanto os 39,8% restantes declararam não estar em um relacionamento no momento da aplicação do questionário. Tais achados indicam que, para estes, o acompanhamento da criança com TEA é uma jornada solitária, podendo essas separações terem como motivos as dificuldades de comportamentos com que estes lidam, processo de luto enfrentado pelos pais com diagnóstico e a rotina, muitas vezes exaustiva, do tratamento, com tal condição familiar tendo interferência no tratamento das crianças com TEA²¹.

O desenvolvimento da linguagem a partir do diagnóstico do TEA também pode ser afetado pela maneira como as crianças são tratadas pelos pais ou responsáveis em decorrência do caráter afetivo das relações, sendo comum que os pais, ao receberem a confirmação da condição da criança, fiquem apreensivos com a situação, o que pode ocasionar uma mudança em

seu comportamento²⁴. Assim, os familiares da criança com TEA também merecem atenção, cuidado e apoio emocional e psicológico, o que pode se refletir na aceitação da nova condição familiar²⁵.

A renda média dos participantes era de aproximadamente um salário-mínimo por família, o que significa que a maioria dos participantes tinha uma renda *per capita* baixa, o que impacta fortemente o tratamento do TEA²⁶. Estudos demonstram associação direta entre o atraso de linguagem em crianças e o estado de pobreza familiar^{27,28}, condição que pode refletir negativamente em crianças com TEA. Um estudo avaliando o perfil sociolinguístico e alimentar de crianças de instituições públicas e privadas na cidade de Fortaleza/CE constatou diferença estatisticamente significativa em relação às habilidades pragmáticas e aquisição das habilidades semânticas, com desempenho significativamente melhor das crianças da instituição privada, evidenciando o impacto das condições socioeconômicas e culturais no desenvolvimento de sua comunicação²⁹. Assim, é possível perceber que a renda baixa e acesso a poucos estímulos são um agravante ao desenvolvimento de linguagem das crianças diagnosticadas com TEA.

Um outro fator importante a ser considerado no presente estudo é o nível de escolaridade dos responsáveis. A maioria indicou possuir ensino médio completo, com poucos tendo concluído o ensino superior, o que demonstra que a maioria dos pais apresentam nível instrucional suficiente para

Quadro 1 – Questões e respectivos domínios do instrumento de coleta de dados apresentado aos pais/responsáveis das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) avaliadas (n = 33) do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Mossoró/RN, de janeiro a maio de 2022. Extraído de Balestro e Fernandes¹⁸.

Questão
1. ‡ Eu não sei como agir com alguns comportamentos do meu filho.
2.* Eu tenho dificuldade em me comunicar com o meu filho.
3. † Eu sinto que as outras pessoas não entendem o que o meu filho quer expressar.
4.* Eu tenho dificuldade em me comunicar com o meu filho quando estamos só nós dois.
5. § Eu tenho a impressão que o meu filho não entende o que eu digo.
6.* Eu tenho dificuldade em me comunicar com o meu filho quando há outra pessoa no mesmo cômodo.
7. ‡ Eu alcanço os objetos que meu filho aponta.
8.* Eu tenho dificuldade de brincar com o meu filho.
9. † Eu percebo que algumas pessoas acham graça quando meu filho tenta se expressar alguma coisa.
10.* Eu tenho dificuldade de entender o que o meu filho quer.
11. § Eu percebo que o meu filho não entende o que as outras pessoas dizem.
12.* Eu tenho dificuldade de entender o que o meu filho sente.
13. ‡ Eu sempre falo com meu filho mesmo se ele não falar comigo.
14.* Eu não sei o que fazer quando meu filho não me entende ou quando eu não o entendo.
15. † Eu tenho a impressão de que as pessoas evitam meu filho.
16.* Eu não fico tranquila quando estou com meu filho em lugares públicos.
17. § Eu percebo que meu filho fala coisas que não são adequadas ao momento ou contexto.
18.* Eu me preocupo com o futuro do meu filho.
19. ‡ Eu não consigo ensinar coisas ao meu filho.
20.* Eu fico triste quando noto que meu filho não inicia a comunicação.
21. † Eu percebo que as pessoas acham meu filho estranho.
22.* Eu fico triste com a apatia ou agitação do meu filho.
23. § Eu tenho a impressão de que meu filho tem poucos amigos.
24.* Eu gostaria de receber mais informações sobre como me comunicar com o meu filho.

* Domínio 1; † Domínio 2; ‡ Domínio 3; § Domínio 4.

procurarem terapias e tratamentos, porém uma certa carência qualitativa a que estes indivíduos estão sendo expostos. Mesmo que atualmente o autismo seja mais estudado e o entendimento sobre o assunto tenha progredido significativamente³⁰⁻³², ainda há muito a ser feito no sentido de melhorar a compreensão sobre a importância da realização das terapias e dos acompanhamentos apropriados, com a necessidade premente da implementação de campanhas pelos órgãos governamentais.

Embora os fatores causais do TEA ainda permaneçam por ser determinados, evidências apontam para um fator genético envolvido¹⁰, especialmente associado ao sexo masculino³³. O presente estudo corrobora essa noção, apontando uma maior predominância do TEA em crianças do sexo masculino, de modo similar a descrições prévias na literatura^{5,7}.

A faixa a normalidade a qual o teste ADL se refere é relativa aos subníveis semântico e morfossintático da linguagem avaliados pelo instrumento de coleta, avaliando criança de até 6 anos e 11 meses uma vez que, em termos estruturais, é até esta faixa onde a linguagem se desenvolve. A partir desse ponto ocorre apenas aquisição de vocabulário, que varia de acordo com cada indivíduo, sofrendo influências culturais e socio-

economicas¹⁹. A partir dos achados do presente trabalho é possível perceber que a maioria das crianças apresentou resultados adequados para a idade nesses subníveis. Acredita-se que a alta frequência de taxa da normalidade existiu em decorrência da recusa de algumas crianças a realizar os testes, inferindo-se que estas possuem transtornos comportamentais e de linguagem mais graves. No entanto, como já citado, 33,3% apresentam baixa resposta à linguagem e 3% transtornos leves, demonstrando que uma parcela importante da amostra apresentou um comprometimento considerável em sua comunicação.

É sabido que no TEA existem alterações da linguagem, minimamente em subnível pragmático, o qual está relacionado com compreensão de metalinguagem em diferentes contextos como expressões da língua, aquisição de símbolos linguísticos e habilidades comunicativas³⁴. Nossos achados apontam que as crianças com TEA frequentantes do CAPSi que participaram da pesquisa apresentam prejuízos de linguagem no subnível pragmático, com mais da metade dos participantes não apresentando prejuízos morfossintático e semântico.

Uma das limitações deste estudo deveu-se às restrições sanitárias impostas pela pandemia de COVID-

Tabela 3 – Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL) da amostra de crianças (n = 33) do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Mossoró/RN, de janeiro a maio de 2022.

Criança	Idade (anos)	Gênero	Escore padrão da linguagem expressiva	Escore padrão da linguagem receptiva	Escore padrão da linguagem global	Resultado
1	2	Masculino	50	50	50	DGL
2	2	Masculino	50	50	50	DGL
3	11	Masculino	116	122	121	FN
4	6	Masculino	104	112	109	FN
5	8	Feminino	62	52	52	DGL
6	9	Masculino	116	122	121	FN
7	7	Masculino	104	112	109	FN
8	7	Masculino	104	112	109	FN
9	7	Masculino	116	122	121	FN
10	7	Masculino	116	112	116	FN
11	12	Feminino	50	50	50	DGL
12	11	Masculino	104	112	109	FN
13	10	Masculino	104	112	109	FN
14	12	Feminino	104	112	109	FN
15	5	Masculino	50	52	50	DGL
16	9	Masculino	50	50	50	DGL
17	6	Masculino	50	50	50	DGL
18	12	Masculino	50	50	50	DGL
19	7	Feminino	50	52	50	DGL
20	9	Masculino	112	116	116	FN
21	8	Masculino	112	116	116	FN
22	6	Masculino	104	112	109	FN
23	10	Feminino	116	122	121	FN
24	9	Masculino	116	122	121	FN
25	6	Masculino	52	50	50	DGL
26	8	Feminino	112	116	116	FN
27	11	Masculino	104	112	109	FN
28	9	Masculino	104	112	109	FN
29	9	Masculino	104	112	109	FN
30	9	Masculino	104	112	109	FN
31	6	Masculino	82	82	80	DL
32	6	Masculino	50	52	50	DGL
33	7	Masculino	104	112	109	FN

DSL: Distúrbio grave de linguagem; DL; Distúrbio leve; FN: Faixa da normalidade.

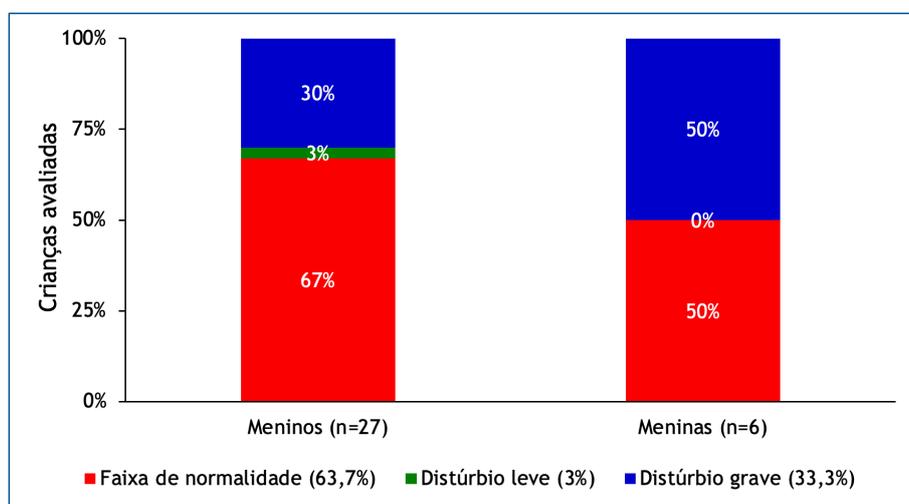


Figura 1 – Avaliação global do Desenvolvimento da Linguagem das crianças a partir do questionário ADL. 21 crianças (63,7% do total) apresentaram resultados na faixa da normalidade, enquanto 1 (3%) demonstrou distúrbio leve e 11 (33,3%) apresentaram distúrbio grave de linguagem.

19, o que restringiu o tempo de coleta de dados. Um outro fator importante a ser considerado em relação ao alcance dos achados refere-se à recusa de algumas crianças em realizarem os testes. Tais crianças que se recusaram possuem transtornos comportamentais e de linguagem mais graves, como identificado pela equipe de trabalho do CAPSi, o que pode interferir no percentual de crianças com transtorno grave de linguagem avaliadas. Além disso, sabe-se que o tempo indicado de tratamento para crianças com TEA é significativamente maior que aquele oferecido pelo CAPSi, com o centro enfrentando alta demanda do serviço. Assim, faz-se necessária a promoção de soluções a partir de políticas públicas que atendam de forma mais abrangente e se aproximem ao que é recomendado para essas crianças.

Apesar da ampla gama de informações em anos recentes, ainda não é possível determinar as causas para o surgimento do TEA e dos transtornos invasivos do desenvolvimento, sendo associadas à genética e aos fatores ambientais³⁵, com estudos relacionando lesões traumáticas cerebrais durante o período crítico de desenvolvimento infantil como fator de risco importante^{36,37} em decorrência de mecanismos lesivos subjacentes ao trauma³⁸. Espera-se que a progressão dos estudos permita determinar de modo mais preciso as causas que resultam em seu surgimento, levando-se em conta que o diagnóstico precoce oferece a possibilidade de resultados substancialmente melhores em sua remediação, especialmente nos primeiros meses de vida

das crianças³⁹. Nesse sentido, a implementação de campanhas de divulgação a respeito do TEA pelos órgãos governamentais é fundamental, o que auxiliaria no diagnóstico inicial dessa condição, com consequente impacto positivo no tratamento.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que pais ou responsáveis por crianças diagnosticadas com TEA no CAPSi de Mossoró/RN possuíam baixa renda e média escolaridade, percebiam e conviviam com dificuldades em aceitar o outro no contexto cotidiano, sendo que a maioria tinha uma atitude positiva em relação aos filhos, indicando que é difícil para as crianças entenderem o que elas e os outros dizem, fazer amigos e expressar falas contextualizadas. As crianças que frequentavam o CAPSi apresentavam alterações de linguagem no subnível pragmático, sendo que mais da metade dos participantes não apresentava alterações morfofônicas e semânticas.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Mossoró/RN pelo auxílio para a execução do presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. APA. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de Perturbações mentais-DSM-V. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943;2:217-50. Available from http://mail.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf
3. Schwartzman JS. Autismo infantil. São Paulo: Memnon; 2003.
4. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet*. 2014;383(9920):896-910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
5. Teixeira G. Manual do Autismo. 2a ed. Rio de Janeiro: Best Seller; 2016.
6. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveill Summ*. 2021;70(11):1-16. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>
7. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*. 2022;15(5):778-90. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
8. Vorstman JAS, Parr JR, Moreno-De-Luca D, Anney RJJ, Nurnberger Jr. JI, Hallmayer JF. Autism genetics: opportunities and challenges for clinical translation. *Nat Rev Genet*. 2017;18(6):362-76. <https://doi.org/10.1038/nrg.2017.4>
9. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1133-41. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1133>
10. Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I. The genetics of autism. *Pediatrics*. 2004;113:e472-86. <https://doi.org/10.1542/peds.113.5.e472>
11. Deng W, Zou X, Deng H, Li J, Tang C, Wang X, et al. The Relationship Among Genetic Heritability, Environmental Effects, and Autism Spectrum Disorders: 37 Pairs of Ascertained Twin Study. *J Child Neurol*. 2015;30(13):1794-99. <https://doi.org/10.1177/0883073815580645>
12. Islam MS, Kanak F, Iqbal MA, Islam KF, Al-Mamun A, Uddin MS. Analyzing the Status of the Autism Spectrum Disorder Amid Children with Intellectual Disabilities in Bangladesh. *Biomed Pharmacol J*. 2018;11(2). <https://doi.org/10.13005/bpj/1422>
13. Ruzzo EK, Perez-Cano L, Jung JY, Wang LK, Kashef-Haghighi D, Hartl C, et al. Inherited and De Novo Genetic Risk for Autism Impacts Shared Networks. *Cell*. 2019;178(4):850-866.e26. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.07.015>
14. Whitman TL. O desenvolvimento do autismo: social, cognitivo, linguístico, sensorio-motor e perspectivas biológicas. São Paulo: Editora M. Books; 2015.
15. Tager-Flusberg H, Joseph R, Folstein S. Current directions in research on autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2001;7(1):21-9. [https://doi.org/10.1002/1098-2779\(200102\)7:1<21::AID-MRDD1004>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-2779(200102)7:1<21::AID-MRDD1004>3.0.CO;2-3)
16. Reis HIS, Pereira APS, Almeida LS. Características e Especificidades da Comunicação Social na Perturbação do Espectro do Autismo. *Rev Bras Educ Espec*. 2016;22(3):325-36. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000300002>
17. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev CEFAC*. 2011;14(1):S95-S103. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>
18. Balestro JI, Fernandes FDM. Questionário sobre dificuldades comunicativas percebidas por pais de crianças do espectro do autismo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(3):279-86. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000300008>
19. Menezes MLN. ADL: avaliação do desenvolvimento da linguagem. São Paulo: Pró-Fono; 2004.
20. Faé IG, Azevedo PG, Sales ALBC, Ribeiro PC, Mares YS, Melo FM, et al. Diagnóstico diferencial entre transtornos de espectro autista e transtorno específico de linguagem receptivo e expressivo: uma revisão integrativa. *Rev Med Minas Gerais*. 2018;28(Supl.6):e-S280609.

- <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180101>
21. McAuliffe T, Thomas Y, Vaz S, Falkmer T, Cordier R. The experiences of mothers of children with autism spectrum disorder: Managing family routines and mothers' health and wellbeing. *Aust Occup Ther J*. 2019;66(1):68-76. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12524>
 22. Hladik L, Ausderau K, St John B. Experience and perceptions of mothers participating in an in-home, parent-mediated feeding intervention for their child with autism. *Am J Occup Ther*. 2022;76(Suppl_1):7610510212p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.76S1-PO212>
 23. Cabral CS, Falcke D, Marin AH. Relação Família-Escola-Criança com Transtorno do Espectro Autista: Percepção de Pais e Professoras. *Rev Bras Educ Espec*. 2021;27(e0156):493-508. <https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0156>
 24. Pinto RNM, Torquato IMB, Collet N, Reichert APS, Souza Neto VL, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(3):e61572. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>
 25. Passos BC, Kishimoto MSC. O impacto do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista na família e relações familiares. *Braz J Develop*. 2022;8(1):5827-32. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-394>
 26. Silva EF. O impacto financeiro nas famílias que tem diagnóstico de TEA (transtorno do espectro autista) e suas consequências financeiras e econômicas para a sociedade. In: Soares AM, editor. *Tópicos Especiais em Ciências da Saúde: teoria, métodos e práticas 4*. AyaEditora; 2022. p. 190-201. <https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.67.16>
 27. Costa EF, Cavalcante LIC, Dell'Aglio DD. Language development profile of children in Belem, according to Denver Developmental Screening Test. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1090-102. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517418514>
 28. Alencar CN, Costa EF, Cavalcante LIC. Associação entre a Pobreza Familiar e o Desenvolvimento Neuropsicomotor de Crianças na Educação Infantil. *Rev Psicol IMED*. 2018;10(2):89-102. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2741>
 29. Barbosa PME, Melo JL, Queiroz MAS, Porto ACL, Oliveira LC, Andrade, ISN. Perfil Sociolinguístico e Alimentar de Crianças Assistidas em Creches Públicas e Privadas. *Rev Cienc Gerenc*. 2019;23(3):244-50. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n3p244-250>
 30. Famitafreshi H, Karimian K. Overview of the Recent Advances in Pathophysiology and Treatment for Autism. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2018;17(8):590-94. <https://doi.org/10.2174/1871527317666180706141654>
 31. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018;392:508-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
 32. Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Transl Pediatr*. 2020;9(Suppl 1):S55-S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
 33. Jacquemont S, Coe BP, Hersch M, Duyzend MH, Krumm N, Bergmann S et al. A higher mutational burden in females supports a "female protective model" in neurodevelopmental disorders. *Am J Hum Genet*. 2014;94(3):415-25. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2014.02.001>
 34. Botura C, Machado DO, Marinho ACO, Almeida AN, Ribas LP. Alterações na pragmática de crianças falantes de português brasileiro com diagnóstico de transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática. *Distúrb Comun*. 2021;33(4):627-38. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i4p627-638>
 35. Kurita H. Disorders of the autism spectrum. *Lancet*. 2006;368(9531):179-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69015-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69015-6)
 36. Singh R, Turner RC, Nguyen L, Motwani K, Swatek M, Lucke-Wold BP. Pediatric Traumatic Brain Injury and Autism: Elucidating Shared Mechanisms. *Behav Neurol*. 2016;2016:8781725. <https://doi.org/10.1155/2016/8781725>
 37. Chang HK, Hsu JW, Wu JC, Huang KL, Chang HC, Bai YM et al. Traumatic Brain Injury in Early Childhood and Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: A Nationwide Longitudinal Study. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(6):17m11857. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11857>
 38. Guimaraes JS, Freire MAM, Lima RR, Souza-Rodrigues RD, Costa AM, dos Santos CD et al. Mecanismos de degeneración secundaria en el sistema nervioso central durante los trastornos neuronales agudos y el daño en la sustancia blanca. *Rev Neurol*. 2009;48(6):304-10. <https://doi.org/10.33588/rn.4806.2008512>
 39. Volkmar FR, Chawarska K. Autism in infants: an update. *World Psychiatry*. 2008;7(1):19-21. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00141.x>

Conflitos de interesse: Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: RFS, MAMF
 Análise e interpretação dos dados: RFS, MAMF
 Coleta de dados: RFS
 Redação do manuscrito: RFS, MAMF
 Revisão crítica do texto: MAMF
 Aprovação final do manuscrito*: RFS, MAMF
 Análise estatística: RFS, MAMF
 Responsabilidade geral pelo estudo: RFS, MAMF

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

Informações sobre financiamento: não se aplica.